Agence de la santé publique du Canada

2006-2007

Rapport ministériel sur le rendement

Tony Clement
Ministre de la Santé

Table des matières

SECTION I – SURVOL 1

Message du ministre de la Santé du Canada 3

Message de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada 5

Déclaration de la direction 7

Renseignements sommaires 7

Raison d'être de l'Agence 8
Ressources financières pour 2006-2007 13
Ressources humaines (équivalents temps plein) en 2006-2007 14
Sommaire du rendement 14

Rendement global du ministère 16

Contexte stratégique/environnement opérationnel 16
Liens avec les secteurs de résultats du gouvernement du Canada 18
Détails sur le rendement 18

SECTION II – ANALYSE PAR RÉSULTAT STRATÉGIQUE ET PROGRAMME CLÉ 25

Analyse par résultat stratégique 26

Ressources financières 26
Ressources humaines (équivalents temps plein) 26

Analyse par programme clé 27

Mesures et interventions d'urgence 27
Prévention et contrôle des maladies infectieuses 32
Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques 47
Outils et pratiques de santé publique 60
Initiatives stratégiques et développementales 65
Autres programmes et services 68

SECTION III – INFORMATION ADDITIONNELLE 69

Tableau 1 : Comparaison des dépenses prévues et des dépenses réelles (y compris les équivalents temps plein) 70
Tableau 2 : Ressources par activité de programme 71
Tableau 3 : Postes votés et législatifs 71
Tableau 4 : Services reçus à titre gracieux 72
Tableau 5 : Sources de revenus disponibles et non disponibles 73
Tableau 6 : Besoins en ressources par direction 74
Tableau 7A : Loi sur les frais d'utilisation 75

Tableau 7B : Politique sur les normes de service pour les frais d'utilisation 75
Tableau 8 : Renseignements sur les programmes de paiements de transfert (PPT) 76
Tableau 9 : Subventions conditionnelles (fondations) 76
Tableau 10 : États financiers 77
Tableau 11 : Réponse aux comités parlementaires, vérifications et évaluations 90
Tableau 12 : Stratégie de développement durable 93
Tableau 13 : Approvisionnements et marchés 94
Tableau 14 : Initiatives horizontales 94
Tableau 15 : Politiques concernant les voyages 94

SECTION IV – AUTRES SUJETS D'INTÉRÊT 95

Organigramme 96

Plan stratégique 2007-2012 : *Information, savoir, action* 97

Planification d'activités ministérielle 98

Gestion des ressources humaines 98

Développement durable 99

Cadre de communication des risques 99

Centre d'excellence en évaluation et en conception de programmes 100

Programme de perfectionnement des employés du groupe Économique et services de sciences sociales (ES) 100

Nouvelle architecture des activités de programme pour 2007-2008 101

Abréviations utilisées dans le présent rapport 104

Survol

Section I

Message du ministre de la Santé du Canada

Il me fait plaisir de présenter le Rapport ministériel sur le rendement 2006-2007 de l'Agence de la santé publique du Canada. La santé et l'accès à un système de soins solide et efficace comptent encore parmi les plus grandes priorités des Canadiens. Ces priorités sont partagées par le nouveau gouvernement du Canada, et elles constituent toujours des préoccupations centrales pour moi dans mon rôle de ministre de la Santé.

En ce qui touche l'amélioration de la santé publique au Canada, je reconnais les contributions essentielles de l'Agence et de son administrateur général, l'administrateur en chef de la santé publique. C'est pourquoi mon premier acte législatif a été de déposer la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada*. J'ai eu la fierté de voir cette loi être adoptée par le Parlement et entrer en vigueur en décembre 2006, car cela réaffirmait l'engagement du gouvernement canadien envers la santé publique. L'Agence améliore la capacité du gouvernement fédéral de planifier et d'intervenir lors de situations d'urgence en santé publique telles qu'une éclosion de SRAS ou une pandémie de grippe. En outre, elle s'affaire à lutter contre les maladies et les blessures et exerce un leadership permanent en vue de renforcer l'infrastructure de santé publique au Canada. Le présent rapport sur le rendement décrit les réalisations importantes de l'Agence en 2006-2007, sa deuxième année complète d'activités.

Notre gouvernement accorde la plus grande priorité au dessein de garantir des délais d'attente pour le traitement des patients. L'une des façons les plus efficaces d'y parvenir consiste encore à réduire le fardeau qui pèse sur le système de soins de santé, en améliorant la santé publique en général. Étant donné que les principales maladies chroniques ont en commun certains facteurs de risque, le nouveau gouvernement du Canada, avec le soutien de l'Agence de la santé publique et le concours des provinces, des territoires et des intervenants clés, a poursuivi son travail en vue de promouvoir la santé et de prévenir et contrôler des maladies chroniques telles que le cancer, le diabète et les maladies cardiovasculaires, adoptant pour cela un ensemble de stratégies et de programmes intégrés ou propres à chaque maladie. Le Budget de 2007 a octroyé une enveloppe de 300 millions de dollars, répartie sur trois ans, dans le but d'aider les provinces et les territoires à lancer des programmes de vaccination contre le virus du papillome humain et ainsi lutter contre le cancer du col de l'utérus. À cette fin, l'Agence a exercé un rôle prépondérant dans la coordination d'un premier exercice concerté de planification des programmes d'immunisation au Canada.

En février 2007, le premier ministre a annoncé la création de l'Initiative canadienne de vaccin contre le VIH, qui illustre l'apport de l'Agence aux efforts planétaires en vue de développer des vaccins sûrs et efficaces contre le VIH. Les partenaires de l'Agence dans ce projet sont Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Agence canadienne de développement international, Industrie Canada ainsi que la Fondation Bill et Melinda Gates. Le travail de mise au point de vaccins complète les autres programmes qu'administre

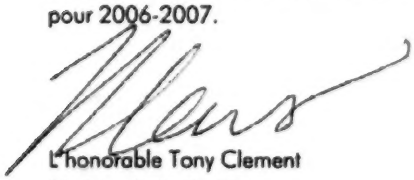
l'Agence pour lutter contre le VIH, y compris le Programme d'action communautaire sur le sida, qui a appuyé la réalisation de 148 projets bénéfiques à la grandeur du Canada.

L'Agence a aidé notre gouvernement à offrir aux Canadiens des collectivités sécuritaires et sécurisées, en atténuant efficacement la menace que présentent les maladies infectieuses. Elle a notamment joué un rôle prépondérant dans la mise à jour du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé et dans la publication de la nouvelle version en décembre 2006, de concert avec ses partenaires fédéraux ainsi qu'avec les provinces et les territoires. Ce plan donne des précisions sur les mesures et les systèmes requis pour intervenir en cas de pandémie. Tirant parti d'un investissement d'un milliard de dollars prévu dans le Budget de 2006, l'Agence et ses ministères partenaires de l'administration fédérale ont continué de resserrer le plan et d'améliorer d'importants programmes, y compris ceux portant sur la prévention, le dépistage rapide, les vaccins, les antiviraux et la science critique.

Avec le concours de divers pays et organismes internationaux, l'Agence a aidé le ministère de la Santé du Kenya à localiser une éclosion d'hépatite enzootique qui a fauché de très nombreuses vies humaines et animales. En janvier 2007, l'Agence a déployé cinq scientifiques et un laboratoire mobile qui ont secondé le Kenya dans la prise en charge de cette maladie mortelle. De telles expériences nous seront précieuses pour nous préparer à affronter de possibles situations d'urgence en santé publique au Canada.

Tout en dirigeant les efforts fédéraux en vue de prévenir les maladies et blessures et de promouvoir et protéger la santé publique à l'échelle nationale et internationale, l'Agence a continué d'appuyer la vision et l'orientation de ce gouvernement au regard de la responsabilité et de l'efficacité dans toutes les opérations et initiatives de l'appareil gouvernemental.

Pour soutenir un système de santé publique plus solide au Canada et dans le monde, et pour maintenir le cap sur la priorité de notre gouvernement concernant l'amélioration de la santé et de l'accès aux soins pour les Canadiens, je rends compte avec fierté du rendement de l'Agence de la santé publique du Canada pour 2006-2007.



L'honorable Tony Clement
Ministre de la Santé

Message de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada

L'Agence de la santé publique du Canada a une double raison d'être : améliorer la capacité du gouvernement du Canada de protéger la santé et la sécurité des Canadiens ainsi que servir de pôle national pour diriger les efforts visant à faire progresser le domaine de la santé publique à l'échelon national et international. Il me fait plaisir de participer à la présentation, au Parlement et au public canadien, du compte rendu des travaux réalisés par l'Agence au cours de la période 2006-2007.

Le rôle de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada consiste à rendre compte des questions de santé publique ainsi qu'à partager des renseignements et des pratiques exemplaires avec les gouvernements, les autorités de santé publique et d'autres protagonistes du domaine de la santé, au Canada comme ailleurs. De plus, l'administrateur en chef de la santé publique est tenu, d'une part, de s'adresser aux Canadiens en tant que porte-parole crédible et fiable en ce qui touche les questions de santé publique et, d'autre part, de conseiller le ministre de la Santé quant aux questions de santé publique et aux activités de l'Agence.

Dans un secteur aussi complexe que celui de la santé publique, la réussite dépend d'une philosophie d'équipe qui mette à contribution des partenaires provenant de tous les horizons de la société. C'est pourquoi l'Agence sollicite avec enthousiasme la participation de nombreux partenaires, dont Santé Canada et les autres membres du portefeuille de la Santé, différents autres ministères fédéraux, les provinces et les territoires, les intervenants du secteur ainsi que les organisations non gouvernementales — tout cela afin de promouvoir et de protéger la santé des Canadiens.

C'est souvent en temps de crise que l'on s'intéresse le plus à la santé publique, et l'une des plus grandes priorités de l'Agence porte sur les préparatifs et les plans en vue de tels événements, y compris une possible pandémie de grippe. Le Budget de 2006 a institué un investissement d'un milliard de dollars dans les préparatifs en vue d'une pandémie, et l'affectation d'une partie de cette somme à l'Agence a permis à cette dernière de collaborer davantage avec ses partenaires et de prendre des mesures additionnelles pour assurer aux Canadiens une protection lors des situations d'urgence en santé publique. Avec le concours de Sécurité publique Canada, du ministère des Affaires étrangères et du Commerce international et de l'Agence canadienne d'inspection des aliments, et de concert avec les États-Unis et le Mexique, l'Agence a mis au point le *Plan nord-américain de lutte contre l'influenza aviaire et pandémique*, qui précise comment les trois pays d'Amérique du Nord pourront collaborer en cas de besoin. En outre, l'Agence a joué un rôle décisif dans l'élaboration d'un projet de *protocole d'entente fédéral, provincial et territorial sur la prestation d'une aide mutuelle en rapport avec les ressources en santé lors d'une situation d'urgence*. De même, l'Agence a continué de participer à la création d'un système efficace de réserve nationale de secours, renfermant notamment des médicaments antiviraux en prévision d'une pandémie de grippe.

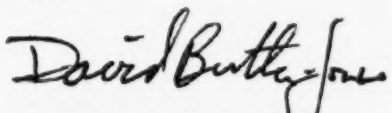
Qui dit santé publique dit maintien d'une population en bonne santé, condition propice à l'établissement d'assises solides pour l'édification d'une société prospère. L'Agence participe à la consolidation de ces assises en veillant à ce que notre société prenne des mesures pour aborder les inégalités en matière de santé. En 2006-2007, l'Agence a offert un soutien financier à des initiatives menées d'un océan à l'autre en vue de renforcer la capacité des collectivités d'agir sur les facteurs ayant une incidence sur la santé des groupes vulnérables. De plus, en 2006-2007, l'Agence a participé à la Commission de l'Organisation mondiale de la santé sur les déterminants sociaux de la santé et contribué à la diffusion du savoir acquis par cette dernière. Plus précisément, elle a dirigé le Groupe de référence canadien de la Commission, un partenariat réunissant des ministères et organismes fédéraux — dont l'Agence canadienne de développement international, Santé Canada et le Centre de recherches pour le développement international — ainsi que les provinces, les territoires et diverses organisations non gouvernementales.

Par ailleurs, l'Agence a pris des mesures concrètes en vue d'améliorer la santé et la qualité de vie générales des Canadiens grâce à des programmes axés sur la saine alimentation et l'activité physique, accentuant ainsi la lutte contre le fardeau social, économique et sanitaire qu'imposent les maladies chroniques au Canada.

Pour prévoir les besoins en santé immédiats et futurs des Canadiens et pour y répondre, l'Agence a mis au point son *Plan stratégique 2007-2012*. Ce plan des plus complets devrait améliorer la gestion des programmes de l'Agence et favoriser leur prestation efficace.

En prenant ces mesures et bien d'autres, l'Agence a su respecter son mandat. Elle a prévu les menaces pour la santé publique et s'est préparée en conséquence. Elle a effectué une surveillance de la santé. Elle a publié des rapports sur les maladies et sur les risques pour la santé évitables. Elle a utilisé les meilleurs outils disponibles pour renseigner les Canadiens et leur donner des conseils susceptibles d'améliorer et de protéger leur santé.

Le présent rapport sur le rendement démontre que, forte d'un effectif dévoué, à l'œuvre d'un océan à l'autre, l'Agence a continué sur sa lancée et maintenu le cap sur sa vision : des Canadiens et des collectivités en santé dans un monde plus sain.



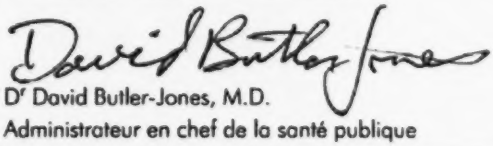
Dr David Butler-Jones, M.D.
Administrateur en chef de la santé publique

Déclaration de la direction

Je soumets, aux fins de dépôt au Parlement, le Rapport ministériel sur le rendement 2006-2007 de l'Agence de la santé publique du Canada.

Le présent document a été préparé conformément aux principes de préparation des rapports énoncés dans le *Guide de préparation de la Partie III du Budget des dépenses 2006-2007 – Rapports sur les plans et les priorités et Rapports ministériels sur le rendement* :

- Il est conforme aux exigences précises de déclaration figurant dans les lignes directrices du Secrétariat du Conseil du Trésor.
- Il repose sur le(s) résultat(s) stratégique(s) et sur l'architecture des activités de programme du ministère approuvés par le Conseil du Trésor.
- Il présente une information cohérente, complète, équilibrée et fiable.
- Il fournit une base pour la reddition de comptes à l'égard des résultats obtenus avec les ressources et les autorisations qui lui sont confiées.
- Il rend compte de la situation financière en fonction des montants approuvés des budgets des dépenses et des Comptes publics du Canada.



Dr David Butler-Jones, M.D.
Administrateur en chef de la santé publique

Renseignements sommaires

Structure du rapport

Le Rapport ministériel sur le rendement 2006-2007 de l'Agence de la santé publique du Canada (l'Agence) est structuré comme suit :

La section I s'ouvre sur les messages du ministre et de l'administrateur en chef de la santé publique de même que sur une déclaration qui confirme la validité de l'information contenue dans le rapport. Suivent un commentaire sur les informations sur le rendement et un bref aperçu de la raison d'être de l'Agence, y compris sa mission, sa vision, son mandat, son rôle, sa structure, le déploiement géographique de ses installations ainsi que ses principales collaborations et principaux partenariats.

La section I se poursuit par un compte rendu des ressources financières et humaines globales utilisées pendant l'exercice de même que par un tableau qui résume les ressources utilisées et les progrès réalisés en fonction des six priorités établies dans le Rapport sur les plans et les priorités 2006-2007 de l'Agence.

De là, le rendement de l'Agence fait l'objet d'une évaluation à la lumière de l'environnement opérationnel, à savoir les facteurs clés ayant une incidence sur le mode de prestation des programmes. Suit un examen de la manière dont le travail de l'Agence se rattache aux secteurs de résultats du gouvernement du Canada. La section I se termine par une explication des progrès accomplis au regard de chacune des six priorités établies pour l'année.

La section II, *Analyse par résultat stratégique et programme clé*, présente des renseignements plus détaillés sur les ressources utilisées, les activités entreprises et les progrès accomplis.

La section III, *Information additionnelle*, communique des données financières et opérationnelles détaillées, dans l'ordre et selon le modèle précisés par le Secrétariat du Conseil du Trésor.

La section IV fournit d'autres renseignements de nature organisationnelle, notamment de l'information sur la planification stratégique, la planification d'activités et la planification relative au développement durable. On y trouve aussi un organigramme détaillé, un cadre de communication des risques ainsi que la nouvelle architecture des activités de programme adoptée pour 2007-2008.

Le rapport est ponctué de liens qui mènent vers le site Web de l'Agence ou vers les sites Web de partenaires externes et d'autres organismes. Les lecteurs sont invités à visiter ces sites pour obtenir des informations supplémentaires sur le travail de l'Agence et de ses partenaires.

Comment l'information sur le rendement est recueillie et utilisée par l'Agence

L'Agence recueille et utilise des informations tant financières que non financières à des fins opérationnelles et d'établissement de rapports. L'information sur le rendement financier est contrôlée avec soin pour veiller au respect des engagements financiers et à la justification des dépenses. L'information sur le rendement est utilisée pour la prise des décisions opérationnelles et la communication avec les intervenants. Au besoin, on a recours à des évaluations pour produire et/ou confirmer des données sur le rendement. Les évaluations servent également à créer ou à modifier des politiques et/ou des procédures et à renouveler ou à changer la conception des programmes.

L'information financière au cœur du présent rapport a été produite par la Direction des finances et de l'administration à l'aide des systèmes de gestion financière de l'Agence. Les chiffres sont vérifiés à l'interne et sont parfois validés au moyen d'examens et de vérifications externes.

L'information non financière sur le rendement utilisée dans le présent document provient de multiples sources internes, dont les cadres supérieurs chargés de l'exécution des engagements énoncés dans le Rapport sur les plans et les priorités de 2006-2007. Ces gestionnaires rendent compte des mesures qu'ils ont prises et des résultats qu'ils ont obtenus. Le processus d'établissement de rapports ministériels sur le rendement impose aux cadres supérieurs la responsabilité de rendre compte des engagements pris par l'Agence pour l'exercice précédent.

Raison d'être de l'Agence

Les Canadiens comptent parmi les peuples les plus en santé au monde. Ils doivent en partie leur grande qualité de vie à deux facteurs, soit l'accès à un système de soins de santé moderne et viable, financé à même les deniers publics, et l'existence d'un solide système de santé publique. Bien souvent, les activités du domaine de la santé publique sont moins visibles que celles du système des soins de santé traditionnel; en effet, la santé publique cible l'ensemble de la population, et son œuvre s'effectue en amont pour éviter des problèmes éventuels et s'y attaquer au fur et à mesure qu'ils surviennent. Les professionnels de la santé publique cherchent à repérer les menaces et les risques pour la santé des Canadiens en général, à la différence des soins de santé, qui sont centrés sur les individus. Bien que ces deux volets des services de santé s'inscrivent dans le continuum de la santé, la santé publique met l'accent sur la prévention. En partenariat avec le milieu de la santé publique, l'Agence aide les Canadiens à demeurer en bonne santé, ce qui améliore non seulement leur santé et leur qualité de vie, mais peut également alléger en partie les pressions qui pèsent sur le système de santé, en aidant à réduire les coûts et à diminuer les délais d'attente pour les patients.

Le domaine de la santé publique fait intervenir une gamme d'acteurs et de partenaires qui participent à des initiatives visant à promouvoir la santé, à prévenir et à contrôler les maladies infectieuses et les maladies

chroniques, à appuyer la recherche en santé publique et les activités de surveillance ainsi qu'à protéger la population des conséquences d'éventuelles urgences sanitaires. Au Canada, la santé publique est une responsabilité que se partagent les ordres de gouvernement fédéral, provincial/territorial et municipal, le secteur privé, le secteur des organismes sans but lucratif de même que les professionnels de la santé tels que les médecins de famille. L'Agence collabore étroitement avec les autres ministères et organismes fédéraux, les provinces et territoires et les autres intervenants pour préserver la santé des Canadiens.

Des événements tels que l'éclosion du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), survenue en 2003, ont révélé la nécessité pour le Canada de se doter d'une organisation nationale qui jouerait un rôle central en matière de santé publique. Il en a résulté la création de l'Agence de la santé publique du Canada, le 24 septembre 2004, et la nomination du tout premier titulaire du poste d'administrateur en chef de la santé publique du Canada, le Dr David Butler-Jones. La création de l'Agence a marqué le début d'une nouvelle approche en matière de leadership fédéral et de collaboration avec les provinces et les territoires dans le cadre des efforts du gouvernement fédéral pour renouveler le système de santé publique au pays. En vigueur depuis le 15 décembre 2006, la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* procure une base législative à l'Agence. Elle crée officiellement le poste de l'administrateur en chef de la santé publique (ACSP) et reconnaît la double fonction particulière qu'exerce ce dernier à titre d'administrateur général de l'Agence et de premier professionnel de la santé publique au Canada :

> *À titre d'administrateur général, l'ACSP doit rendre compte au ministre de la Santé du fonctionnement quotidien de l'Agence et le conseiller en matière de santé publique. L'ACSP peut communiquer avec d'autres ministères fédéraux et mobiliser les ressources de l'Agence pour répondre aux menaces qui pèsent sur la santé de la population.*

En outre, en qualité de premier professionnel de la santé publique au Canada, l'ACSP exerce un leadership et possède un savoir-faire manifeste en cette matière. Pour cette raison, la loi lui confère le pouvoir de communiquer directement avec les Canadiens ainsi que de préparer et de publier des rapports sur tout problème de santé publique. Par ailleurs, il est tenu de soumettre au ministre de la Santé un rapport annuel sur l'état de la santé publique au Canada, pour dépôt devant le Parlement. En lui donnant le pouvoir de se prononcer sur les questions de santé publique et en veillant à ce qu'il soit hautement qualifié dans le domaine, la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* défend la crédibilité de l'ACSP.

On peut résumer le rôle de l'Agence comme suit :

- jouer un rôle de premier plan dans la prévention des maladies et des blessures et dans la promotion de la santé;
- servir clairement de point de convergence pour que le gouvernement fédéral exerce son leadership et rende compte de la façon dont il gère les situations d'urgence en santé publique;
- être une plaque tournante favorisant à la fois la diffusion du savoir-faire canadien dans le reste du monde et l'application, aux programmes de santé publique du Canada, des résultats des travaux internationaux de recherche et développement;
- renforcer la collaboration intergouvernementale dans le domaine de la santé publique et faciliter l'adoption d'approches nationales en matière de planification et d'élaboration de politiques en santé publique.

L'Agence a pour mandat de collaborer avec ses partenaires afin d'orienter les interventions fédérales et de mobiliser les efforts pancanadiens pour prévenir les maladies et les blessures. Il lui incombe aussi de protéger et de promouvoir la santé publique au Canada et dans le monde. À ces fins, l'Agence :

- prévoit les menaces pour la santé publique, s'y prépare, intervient lorsqu'elles se surgissent et rétablit une situation normale;
- surveille, observe et étudie les maladies, les blessures et les risques pour la santé évitables et

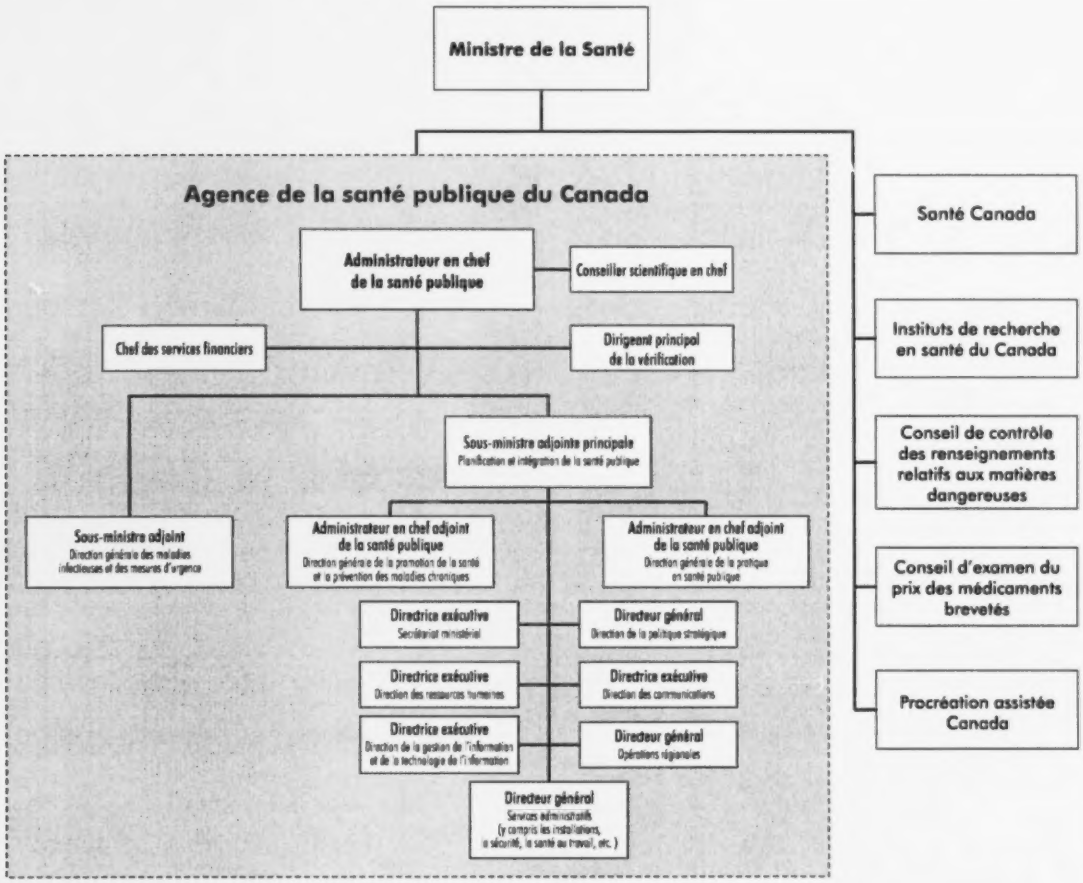
leurs déterminants ainsi que l'état global de la santé publique, au Canada et dans le monde, et réalise des enquêtes et produit des rapports à cet égard;

- utilise les meilleures données et ressources disponibles pour conseiller et appuyer les intervenants en santé publique œuvrant à l'amélioration de la santé de leur collectivité, au Canada et dans le monde;
- guide, conseille et informe les Canadiens et les intervenants en ce qui touche la santé publique;
- construit et maintient un réseau de santé publique avec les intervenants.

Coup d'œil sur l'Agence	
Type d'organisme	Agence fédérale, financée par le Parlement
Mission	Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique
Vision	Des Canadiens et des collectivités en santé dans un monde plus sain
Résultat stratégique pour la période visée par le rapport	Une population plus en santé grâce à des mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures
Résultat stratégique pour 2007-2008	Des Canadiens en meilleure santé et une capacité renforcée en santé publique
Résultat du gouvernement du Canada directement appuyé	Des Canadiens en santé
Loi habilitante	*Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada*
Lois et règlements administrés	*Loi sur la mise en quarantaine* *Règlement sur l'importation des agents anthropopathogènes*
Activités clés	■ Promotion de la santé ■ Prévention et contrôle des maladies chroniques ■ Prévention et contrôle des maladies infectieuses ■ Mesures et interventions d'urgence ■ Renforcement de la capacité en santé publique
Rapport au Parlement	L'Agence rend compte au Parlement par l'entremise du ministre de la Santé

Structure de l'Agence

L'organigramme suivant décrit la structure de l'Agence au sein du portefeuille de la Santé du gouvernement fédéral.



Activités de l'Agence dans tout le Canada

Pour continuer de disposer des connaissances et compétences nécessaires pour élaborer et offrir aux Canadiens les conseils et les outils de santé publique dont ils ont besoin, l'Agence compte sur le travail de professionnels de la santé publique, de scientifiques, de techniciens, de spécialistes des communications, d'administrateurs, de planificateurs et d'analystes des politiques. Ces employés travaillent dans l'ensemble du Canada, occupant un vaste éventail de postes opérationnels, scientifiques, techniques et administratifs.

La plus forte concentration d'employés se trouve dans la région de la capitale nationale. Le bureau central de Winnipeg constitue un « second pilier » d'expertise. En cas d'urgence sanitaire nationale, les Centres d'opérations d'urgence basés à Ottawa et à Winnipeg pourraient être mobilisés pour gérer la crise.

L'Agence de la santé publique du Canada reconnaît la nécessité de maintenir une forte présence dans l'ensemble du pays afin d'assurer la liaison avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les ministères fédéraux, les universités, les organismes bénévoles et les citoyens. À l'extérieur de Winnipeg et

de la région de la capitale nationale, l'infrastructure pancanadienne de l'Agence est composée de seize installations réparties dans six régions : Colombie-Britannique et Yukon; Alberta et Territoires du Nord-Ouest; Manitoba et Saskatchewan; Ontario et Nunavut; Québec; et Atlantique. Au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest, la prestation de certains programmes de l'Agence se fait par l'entremise du Bureau régional du Nord de Santé Canada, et ce, conformément à un accord interministériel. Les bureaux régionaux de l'Agence favorisent une intervention intégrée en matière de santé publique dans l'ensemble du pays. Dans le cadre de partenariats intersectoriels et intergouvernementaux, le personnel de ces bureaux facilite la collaboration à l'égard des priorités nationales en tirant parti des ressources disponibles à l'échelle des régions, des provinces et des districts.

L'Agence exploite des laboratoires de recherche spécialisés en différents points du Canada. Le Centre scientifique canadien de santé humaine et animale à Winnipeg loge le Laboratoire national de microbiologie de l'Agence, un établissement de recherche à la fine pointe de la technologie qui compte parmi les rares laboratoires de confinement à niveau de biosécurité élevé au monde. Pour sa part, le Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire de l'Agence étudie les risques pour la santé humaine que posent les maladies découlant de l'interface entre les humains, les animaux et l'environnement. Basé à Guelph (Ontario), il exploite des unités à Saint-Hyacinthe (Québec) et Lethbridge (Alberta).

La carte suivante indique où se trouvent le personnel, les bureaux et les laboratoires de l'Agence (effectifs en date du 31 mars 2007) :

Collaboration et partenariats

La plupart des activités liées à la santé publique, y compris celles menées par l'Agence, exigent une certaine collaboration et l'établissement de partenariats avec les provinces et territoires, les autres ministères fédéraux, les organismes de santé, les organismes professionnels, les universités, le secteur privé, le secteur des organismes sans but lucratif et/ou d'autres intervenants. Il devient donc difficile de mesurer le rendement, car les tendances et les résultats indiquant une amélioration de la santé découlent habituellement d'efforts collectifs déployés par de multiples partenaires.

Le portefeuille de la Santé du gouvernement du Canada représente quelque 11 700 employés et un budget annuel de 4,6 milliards de dollars. L'Agence collabore étroitement avec les autres membres du portefeuille de la Santé de même qu'avec les autres ministères et organismes fédéraux dont le travail a une incidence sur la santé publique. Les principaux ministères et organismes fédéraux avec lesquels collabore l'Agence sont les suivants :

Le portefeuille de la Santé du gouvernement du Canada

- Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée
- Agence de la santé publique du Canada
- Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés
- Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses
- Instituts de recherche en santé du Canada
- Santé Canada

Pour tout renseignement, consulter le site :

- http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/minist/health-sante/portfolio/index_f.html

Autres partenaires du gouvernement du Canada

- Agence canadienne d'inspection des aliments
- Agence des services frontaliers du Canada
- Agriculture et Agroalimentaire Canada
- Environnement Canada
- Infrastructure Canada
- Patrimoine canadien – Sport Canada
- Sécurité publique Canada
- Statistique Canada
- Transports Canada

Ressources financières pour 2006-2007

Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
629,7 millions de dollars	536,2 millions de dollars*	510,8 millions de dollars**

* L'écart de 93,5 millions de dollars entre les dépenses prévues et les autorisations s'explique essentiellement par l'étalement, sur les exercices ultérieurs, de crédits de 44 millions de dollars destinés à la préparation à la grippe aviaire et à une pandémie de grippe ainsi que par le fait que des crédits de 51 millions de dollars destinés à la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer n'aient pas transité comme prévu par l'Agence.

** Les dépenses réelles ont été de 25,4 millions de dollars inférieures au total des autorisations en raison surtout de contraintes techniques et de contraintes de capacité qui ont fait obstacle à la pleine utilisation des ressources approuvées. La somme de 25,4 millions de dollars comprend des dépenses de fonctionnement de 20,5 millions de dollars et des paiements de transfert de 4,9 millions de dollars.

Ressources humaines (équivalents temps plein*) en 2006-2007

Prévues	Réelles	Différence
2 119	2 050	69

* Calculé en fonction du nombre de jours travaillés, l'équivalent temps plein est une mesure de l'emploi moyen en cours d'exercice qui rend convenablement compte des personnes ayant travaillé une partie de l'année et/ou des employés à temps partiel. Le nombre d'équivalents temps plein à l'Agence était d'environ 1 968 en début d'exercice et d'environ 2 157 en fin d'exercice.

Sommaire du rendement

En plus de présenter les ressources financières prévues et dépensées, le tableau suivant constitue un « bulletin » faisant état des progrès accomplis à l'égard de chaque priorité en 2006-2007.

Rendement et dépenses par priorité en 2006-2007

Résultat stratégique : Une population plus en santé grâce à des mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures

Activité de programme : Santé de la population et santé publique

Priorité	Résultats attendus	Sommaire du rendement	Dépenses prévues (en millions de dollars)	Dépenses réelles (en millions de dollars)
N° 1 : Élaborer, améliorer et mettre en œuvre des stratégies et programmes intégrés, ainsi que des stratégies et programmes axés sur des maladies particulières, pour la prévention et la lutte contre les maladies infectieuses (priorité permanente)	Stratégies et programmes améliorés pour la prévention et le contrôle des maladies infectieuses	Résultat atteint	169,6	124,2* * Les dépenses réelles ont été de 45,4 millions de dollars inférieures aux dépenses prévues en raison essentiellement de l'étalement, sur les exercices ultérieurs, de crédits de 44,1 millions de dollars destinés à la préparation à la grippe aviaire et à une pandémie de grippe.
N° 2 : Élaborer, améliorer et mettre en œuvre des stratégies et programmes intégrés, ainsi que des stratégies et programmes axés sur des maladies ou des affections particulières, au sein du portefeuille de la santé, pour promouvoir la santé et pour prévenir et prendre en charge les maladies chroniques et les blessures (priorité permanente)	Stratégies et programmes améliorés pour la promotion de la santé et la prévention et le contrôle des maladies chroniques et des blessures	Résultat atteint	179,9	127,4* * Les dépenses réelles ont été de 52,5 millions de dollars inférieures aux dépenses prévues, du fait essentiellement que des crédits de 51 millions de dollars destinés à la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer n'aient pas transité comme prévu par l'Agence.
N° 3 : Renforcer l'état de préparation du Canada et sa capacité d'intervenir en cas d'urgence en santé publique, notamment une éventuelle pandémie de grippe (priorité permanente)	État de préparation et capacité d'intervention améliorés pour affronter les situations d'urgence en santé publique, y compris une pandémie de grippe	Résultat atteint	55,9	55,1

Rendement et dépenses par priorité en 2006-2007 *(suite)*				
Priorité	**Résultats attendus**	**Sommaire du rendement**	**Dépenses prévues (en millions de dollars)**	**Dépenses réelles (en millions de dollars)**
N° 4 : Renforcer la santé publique au Canada et dans le monde en facilitant la collaboration et en renforçant la capacité à cet égard (priorité permanente)	Capacité renforcée en santé publique	Résultat atteint	83,8	84,0
N° 5 : Diriger de nombreux efforts déployés par le gouvernement pour faire progresser les mesures relatives aux déterminants de la santé (nouvelle priorité)	Mesures évoluées relatives aux déterminants de la santé	Résultat atteint	70,6	51,2 **
N° 6 : Développer et accroître la capacité interne de l'Agence d'accomplir son mandat (priorité déjà établie)	Capacité interne et aptitude accrues de l'Agence d'accomplir son mandat	Résultat atteint	56,0	68,9* * Les dépenses réelles ont été de 12,9 millions de dollars supérieures aux dépenses prévues en raison surtout de l'utilisation de 11,0 millions de dollars pour répondre aux besoins liés à l'infrastructure de GI-TI, se conformer à la politique obligatoire sur la sécurité de la technologie de l'information à l'échelle de l'administration fédérale ainsi que réagir à un épisode de contamination des ordinateurs par un logiciel malveillant.

** Les dépenses réelles pour la priorité no 5 ont été de 19,4 millions de dollars inférieures aux dépenses prévues. Un écart d'environ 14,1 millions de dollars est attribuable à des contraintes liées aux locaux, à la dotation et à la passation de marchés, lesquelles ont fait obstacle à l'atteinte de niveaux d'effectifs et d'activités budgétés. De plus, l'organisation régionale de l'Agence a été incapable d'utiliser comme prévu une enveloppe de 2,3 millions de dollars visant à soutenir des projets de démonstration. En outre, des crédits de 1,0 million de dollars réservés pour le lancement de ParticipACTION n'ont pu servir à cette fin. Parmi les fonds réservés pour couvrir les frais des avantages sociaux des employés affectés à la priorité n° 5, 1,1 million de dollars n'ont pas été utilisés en raison de taux favorables.

Remarque : Le total des dépenses prévues de l'Agence (629,7 millions de dollars) comprend 13,9 millions qui n'ont pas été affectés aux six priorités. La principale dépense non affectée a trait à l'octroi de 10,4 millions de dollars pour la lutte contre l'hépatite C dans le cadre d'un programme temporarisé. Reconduit par la suite, ce programme a été intégré aux « dépenses réelles » liées aux priorités, au même titre que toutes les autres dépenses de l'Agence pour 2007-2008.

Rendement global du ministère

Contexte stratégique/environnement opérationnel

L'économie mondiale en expansion, la concentration des populations dans les grands centres urbains et le transport accéléré des gens et des marchandises à l'échelle mondiale sont autant de facteurs qui mettent à l'épreuve le système de santé publique du Canada.

Parmi les facteurs externes qui ont influé sur les activités de l'Agence en 2006-2007, citons : l'émergence de maladies infectieuses telles que la grippe aviaire et d'autres agents à l'origine de pandémies éventuelles, à l'échelle tant nationale qu'internationale; les catastrophes naturelles; le vieillissement progressif de la population du Canada; les tendances sociales ayant une incidence sur le risque de maladies chroniques; la nature changeante de l'environnement; ainsi que les progrès rapides et soutenus dans le domaine des sciences et des technologies.

Prévalence des maladies infectieuses et tendances afférentes

Le nombre de Canadiens décédés des suites de maladies infectieuses ou vivant avec ces maladies est en progression depuis les années 1980. À l'échelle mondiale, les maladies infectieuses constituent la deuxième cause de décès et la principale cause de mortalité chez les nourrissons et les enfants. À la lumière des plus récentes statistiques disponibles, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'en 2002, les maladies infectieuses et parasitaires ont causé à elles seules 11 millions de décès par rapport à 57 millions de décès survenus au total dans le monde cette année-là. Les répercussions d'un tel phénomène se font particulièrement sentir dans les pays en développement, mais le Canada n'est pas à l'abri. Vu l'importance et la rapidité des voyages internationaux, les Canadiens peuvent se rendre pratiquement n'importe où dans le monde en moins de 24 heures, ce qui est inférieur à la période d'incubation de la plupart des maladies transmissibles véhiculées par les personnes ou les produits. Face à la menace d'éclosions de maladies infectieuses émergentes et réémergentes et au risque de bioterrorisme, la capacité d'identifier rapidement les agents infectieux et les groupes de maladies infectieuses revêt une importance cruciale.

Risques de grippe aviaire et de pandémie de grippe

En 2005-2006, le Canada a fait face à deux grandes menaces posées par des maladies infectieuses. Chacune d'entre elles aurait pu avoir des répercussions importantes sur l'économie et la stabilité sociale du pays ainsi que sur la santé et la sécurité des personnes et des collectivités. La première menace avait trait à la possibilité que la souche virale asiatique H5N1 de la grippe aviaire, extrêmement contagieuse et mortelle, se propage aux oiseaux domestiques au Canada. La deuxième menace découlait du risque croissant d'apparition d'une nouvelle souche de ce virus (ou d'un autre virus) qui se serait adaptée aux humains, entraînant une transmission interhumaine et la possibilité d'une pandémie de grippe humaine. Selon l'OMS, l'éventualité d'une prochaine pandémie de grippe est indiscutable; reste à savoir quand elle surviendra.

La souche H5N1 (asiatique) de la grippe aviaire s'est révélée capable d'infecter des humains et de les rendre mortellement malades. De décembre 2003 à avril 2007, 291 cas humains, qui se sont soldés par 172 décès, ont été confirmés en laboratoire dans douze pays.

Catastrophes naturelles

Des sinistres tels que le tsunami en Asie ou l'ouragan Katrina font très nettement ressortir l'importance de la planification d'urgence et du renforcement des capacités afin d'intervenir de façon rapide et efficace pour réduire autant que possible la souffrance et les pertes. Les récentes catastrophes naturelles nous ont beaucoup appris. Elles ont souligné la nécessité

d'établir une gestion intégrée et coordonnée des situations d'urgence et d'assurer des communications efficaces en cas d'urgence parmi tous les ordres de gouvernement, parmi les ministères et organismes fédéraux ainsi qu'avec d'autres intervenants, y compris les citoyens.

Démographie

L'évolution du profil démographique est un facteur important au Canada. Bien que ce dernier affiche le plus fort taux d'accroissement de la population parmi les pays du groupe des huit principales puissances économiques (G8), cette progression s'explique surtout par l'immigration. Le faible taux de natalité et le prolongement de la durée de vie alimentent la tendance à la hausse de la proportion d'aînés dans la population canadienne. Selon les prévisions, les personnes âgées de 65 ans et plus représenteront environ 16 % de la population du pays d'ici 2016. Ce changement aura des répercussions sur l'incidence et la répartition de nombreuses maladies. Selon toute vraisemblance, il accentuera les pressions qui pèsent sur les services de santé au Canada.

Facteurs de risque des maladies chroniques

Les changements survenus dans la société canadienne ont entraîné des modifications dans les habitudes alimentaires et les conditions de vie et de travail. Ces changements ont une influence déterminante sur l'apparition des principales maladies chroniques au Canada. En conséquence, ces dernières risquent de gagner beaucoup de terrain, ce qui grèverait considérablement l'économie du pays et la société. La mauvaise alimentation, le manque d'activité physique et l'obésité demeurent de graves problèmes de santé publique qui ont des répercussions importantes sur les résultats pour la santé des Canadiens et sur le système de soins de santé.

Environnement

De plus en plus, les Canadiens reconnaissent l'existence d'un lien entre la santé et l'environnement, non seulement au regard de thèmes comme les effets des toxines et des polluants, mais aussi en rapport avec les conséquences du changement climatique et des compromis liés au développement durable. À l'échelle planétaire, la poussée démographique exerce une pression croissante sur l'environnement. Au Canada, l'urbanisation se traduit non seulement par une demande d'énergie accrue, par la recherche de nouvelles terres et par la quête de ressources additionnelles, mais aussi par de plus fortes concentrations de toxines et de polluants. Une politique de santé publique, globale et vigoureuse, s'impose pour cerner et aborder le lien entre la santé et l'environnement et pour aider les collectivités concernées.

Progrès rapides dans le domaine des sciences et des technologies

Le rythme de progression des découvertes scientifiques et de l'innovation technologique a connu une énorme poussée au cours de la dernière décennie, mais ce phénomène a eu des répercussions contrastées dans le secteur de la santé. D'une part, en matière de traitement et de soins, les progrès réalisés offrent de nouvelles possibilités de combattre la maladie et d'améliorer la santé. D'autre part, les mêmes progrès accentuent la tension qui s'exerce sur les coûts du système de santé canadien, lequel souffre déjà de surexploitation. En proposant de nouvelles approches pour améliorer la santé et prévenir la maladie, les progrès en santé publique peuvent contribuer à limiter ces coûts. Par exemple, des progrès rapides ont été réalisés au regard des applications de génomique en santé publique — discipline émergente qui étudie l'impact, sur la santé de la population, de l'interaction entre les gènes et l'environnement, c'est-à-dire l'environnement physique, l'alimentation, les comportements, les médicaments et les pathogènes infectieux. Les progrès de la biotechnologie et de la recherche fondée sur le génome promettent de créer un savoir qui pourrait servir à prévenir la maladie et à améliorer la santé des populations.

Liens avec les secteurs de résultats du gouvernement du Canada

Parce que ses activités sont axées sur la santé publique, l'Agence est en mesure de contribuer directement à l'un des résultats clés du gouvernement du Canada : **des Canadiens en santé**.

Les travaux de l'Agence lui permettent également d'appuyer la réalisation d'autres résultats du gouvernement du Canada, notamment :

Des collectivités sécuritaires et sécurisées – L'Agence joue un rôle important dans la réduction des menaces posées par les maladies infectieuses et par les agents chimiques et biologiques. Elle contribue ainsi à la sécurité des collectivités canadiennes.

Un monde sécuritaire et sécurisé grâce à la coopération internationale – L'Agence s'engage à renforcer la protection de la santé à l'échelle mondiale avec le concours de ses partenaires internationaux. Pour appuyer la participation du Canada à l'Initiative de protection de la santé mondiale, l'Agence fait progresser les préparatifs en cas de pandémie de grippe, se prépare à lutter contre les menaces chimiques et biologiques et dirige le réseau de laboratoires du Groupe de travail sur la protection de la santé mondiale. Les efforts de l'Agence contribuent à la participation efficace du Canada au Partenariat nord-américain pour la sécurité et la prospérité.

Une économie axée sur l'innovation et le savoir – Dans ses propres laboratoires et de concert avec ses partenaires, l'Agence réalise des recherches appliquées sur les technologies de la santé et assure le soutien financier de telles recherches. Par exemple, elle facilite l'application de la recherche pour concevoir et mettre à l'essai des technologies nouvelles, plus rapides et plus productives, qui permettent d'offrir des vaccins sûrs et efficaces aux Canadiens et, ainsi, de promouvoir des intérêts socio-économiques plus larges. Ces travaux d'avant-garde pourraient engendrer un développement économique « dérivé » tout en renforçant considérablement la confiance que porte le public à la capacité du Canada de faire face aux nouvelles menaces pour la santé.

(Pour tout renseignement sur les résultats du gouvernement du Canada, consulter le site : http://www.tbs-sct.gc.ca/report/govrev/06/cp-rc_f.asp.)

Détails sur le rendement

La section qui suit donne des détails sur les progrès résumés dans le « bulletin » ci-dessus. On y indique chaque engagement en précisant d'abord si l'Agence a atteint, en tout ou en partie, les différents résultats ou si elle a dépassé les attentes, puis en détaillant les réalisations.

1 Élaborer, améliorer et mettre en œuvre des stratégies et programmes intégrés, ainsi que des stratégies et programmes axés sur des maladies particulières, pour la prévention et la lutte contre les maladies infectieuses – *Résultat atteint*

En 2006-2007, l'Agence a réalisé diverses initiatives clés avec le concours de ses partenaires et intervenants. Elle a examiné, révisé et élargi la portée de ses très populaires *Guides de prévention des infections;* publié le *Rapport sur l'immunisation au Canada;* assuré la surveillance d'affections telles que la maladie de Lyme, le virus du Nil occidental et les infections acquises en milieu de soins; travaillé avec les provinces et les territoires ainsi qu'avec des collaborateurs internationaux à des dossiers liés à l'immunisation et aux maladies infectieuses évitables par la vaccination; exercé un rôle de leadership dans la coordination d'un premier exercice concerté de planification des programmes d'immunisation au Canada, axé sur un vaccin contre le *virus du papillome humain;* et participé à l'organisation de la Conférence canadienne sur l'immunisation. Le projet pilote de l'Agence pour la surveillance des jeunes de la rue, mené avec le concours d'intervenants externes, a débouché sur l'élaboration de mécanismes plus efficaces pour joindre les jeunes de la rue et offrir des tests et des soins pour le VIH, les infections transmises sexuellement et les infections connexes.

Grâce à ces interventions et à d'autres activités, l'Agence a formulé des propositions visant à établir une approche plus intégrée et mieux coordonnée pour la prise en charge des maladies infectieuses et l'amélioration de l'état de santé des personnes infectées — y compris l'élaboration, l'amélioration et la mise en œuvre de stratégies et de programmes intégrés ou axés sur des maladies particulières. Globalement, l'Agence a réussi à renforcer les approches multisectorielles, intergouvernementales et pluridisciplinaires en matière de prévention des maladies infectieuses.

2 Élaborer, améliorer et mettre en œuvre des stratégies et programmes intégrés, ainsi que des stratégies et programmes axés sur des maladies ou des affections particulières, au sein du portefeuille de la santé, pour promouvoir la santé et pour prévenir et prendre en charge les maladies chroniques et les blessures – *Résultat atteint*

En 2006-2007, l'Agence a collaboré étroitement avec ses partenaires et intervenants pour mettre en œuvre les composantes de l'initiative en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques. Elle a notamment :

- lancé le Portail canadien des pratiques exemplaires visant la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques, un outil en ligne qui diffuse des renseignements et surveille l'adoption de pratiques exemplaires associées à la prévention des maladies chroniques;
- offert un soutien pour amorcer l'élaboration d'une stratégie pancanadienne sur les maladies cardiovasculaires et d'un plan d'action connexe ainsi que pour constituer un comité consultatif d'experts sur l'hypertension artérielle;
- créé un comité directeur pour appuyer la mise au point, de concert avec les intervenants, d'un cadre national pour la santé pulmonaire;
- défini des priorités communes dans le domaine de la surveillance des maladies chroniques, en prêtant une attention particulière à l'amélioration du système de surveillance des maladies mentales et à l'extension, à d'autres affections chroniques, du Système national de surveillance du diabète;
- proposé, pour la nouvelle Stratégie canadienne sur le diabète, des orientations révisées axées sur les groupes à risques élevés et sur le dépistage précoce.

En outre, l'Agence a été un intervenant clé de l'élaboration de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (SCLC), appuyant et favorisant le transfert de la responsabilité de mise en œuvre de la SCLC au nouveau Partenariat canadien contre le cancer, une entité autonome sans but lucratif.

3 Renforcer l'état de préparation du Canada et sa capacité d'intervenir en cas d'urgence en santé publique, notamment une éventuelle pandémie de grippe – *Résultat atteint*

En 2006-2007, l'Agence a continué d'adopter une approche tous risques englobant les interventions médicales d'urgence en cas d'éclosions de maladies infectieuses, de catastrophes naturelles, d'explosions ou encore d'incidents mettant en cause des contaminants chimiques, biologiques, radiologiques ou nucléaires. En tant que membre de l'Initiative de protection de la santé mondiale, l'Agence a soutenu l'efficacité du système national de gestion des situations d'urgence et a fait avancer le dossier des préparatifs en vue de l'éclosion de maladies infectieuses ou d'une éventuelle pandémie de grippe, au Canada et dans le monde.

Pour renforcer l'état de préparation du Canada et sa capacité d'intervenir en cas d'urgence en santé publique, notamment une pandémie de grippe, l'Agence a consacré d'importants efforts à la planification de mesures et d'interventions d'urgence, de concert avec les gouvernements des provinces et des territoires, d'autres ministères et organismes du gouvernement fédéral ainsi que des organisations non gouvernementales, et ce, dans le but de

cerner de nouvelles priorités, d'élaborer des plans de travail et d'assurer la coordination des activités. Des initiatives ont été prises pour mettre en œuvre les dispositions convenues avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, de manière à favoriser l'aide mutuelle et l'échange de renseignements lors de situations d'urgence en santé publique. L'Agence a joué un rôle clé dans la mise au point du protocole d'entente fédéral, provincial et territorial sur la prestation d'une aide mutuelle en rapport avec les ressources en santé lors d'une situation d'urgence, qui a été reçu par la Conférence des sous-ministres de la Santé.

Avec le concours de Sécurité publique Canada, du ministère des Affaires étrangères et du Commerce international et de l'Agence canadienne d'inspection des aliments, l'Agence a mis au point le *Plan nord-américain de lutte contre l'influenza aviaire et pandémique*, de concert avec les États-Unis et le Mexique. Cette initiative vise 1) à dépister, contenir et contrôler une éclosion de grippe aviaire ainsi qu'à prévenir la contamination humaine; 2) à prévenir ou ralentir l'entrée d'une nouvelle souche du virus de la grippe humaine en Amérique du Nord; 3) à coordonner la gestion et les communications lors des situations d'urgence; 4) à réduire autant que possible les perturbations injustifiées touchant la circulation des personnes et le flux des biens et des services aux frontières; et 5) à maintenir les infrastructures critiques.

Tirant parti de l'encadrement offert par le Réseau pancanadien de santé publique, l'Agence a orchestré des dialogues robustes avec les citoyens et les intervenants, dans le cadre d'un processus décisionnel polyvalent visant la formulation d'une recommandation de politique nationale sur l'utilisation d'antiviraux à des fins de prévention lors d'une pandémie de grippe.

Par ailleurs, l'Agence a continué d'établir une réserve efficace de fournitures essentielles, y compris des médicaments antiviraux, en vue d'intervenir en cas de pandémie ou d'autres situations d'urgence en santé publique.

4 **Renforcer la santé publique au Canada et dans le monde en facilitant la collaboration et en renforçant la capacité à cet égard** – *Résultat atteint*

En 2006-2007, l'Agence a tiré parti de réussites initiales telles que la mise en place du Réseau pancanadien de santé publique. Ainsi, aux groupes suivants du Réseau, l'Agence a offert un soutien sur le plan des fonctions de secrétariat et des politiques de même qu'un soutien technique et financier :

- Conseil du Réseau pancanadien de santé publique;
- Conseil des médecins hygiénistes en chef;
- Groupe d'experts de la promotion de la santé de la population;
- Groupe d'experts en surveillance et en information;
- Groupe d'experts sur les mesures et interventions d'urgence;
- Groupe d'experts en contrôle des maladies transmissibles;
- Groupe d'experts sur la prévention et le contrôle des maladies chroniques et des blessures;
- Groupe d'experts des laboratoires canadiens de santé publique.

De plus, l'Agence a poursuivi sa collaboration étroite et son travail de concertation avec tous ses partenaires en vue d'établir un système pancanadien de santé publique, à la fois complet et harmonieux. À cette fin, elle s'est attaquée aux dossiers touchant les capacités des ressources humaines entre sphères de compétences, les systèmes et outils d'information concertés, la diffusion des connaissances ainsi que le système de lois et de politiques en santé publique.

En outre, par le biais de partenariats et d'initiatives à l'échelon local, régional, national et international, et avec le concours des Centres nationaux de collaboration en santé publique, l'Agence a soutenu les efforts déployés par les professionnels et intervenants de la santé publique pour rester à la hauteur des conditions, des connaissances et des pratiques en progression rapide.

5 **Diriger de nombreux efforts déployés par le gouvernement pour faire progresser les mesures relatives aux déterminants de la santé** – *Résultat atteint*

Consciente des nombreuses influences qui s'exercent à partir des autres ministères, secteurs et autorités législatives, l'Agence a, en cours d'exercice, poursuivi le renforcement de ses partenariats afin d'aider à contrer les facteurs qui creusent les inégalités en matière de santé. Ce faisant, l'Agence a milité en faveur des politiques en santé publique et dirigé des travaux visant à promouvoir, en cette matière, une action fondée sur les déterminants de la santé. Plus précisément, l'Agence a participé à la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé et contribué à la diffusion du savoir acquis par cette dernière, grâce aux partenariats conclus avec d'autres pays et au leadership exercé à l'égard du Groupe de référence canadien (GRC) — un organe réunissant les ministères fédéraux, les provinces, les organisations non gouvernementales et le monde universitaire. Le CRG a organisé, d'une part, des séances de dialogue avec les ONG pour établir des priorités communes et, d'autre part, une série d'exposés et de dialogues portant sur les déterminants sociaux de la santé. De plus, l'Agence a convoqué une réunion exploratoire avec d'éminents économistes de la santé provenant de tout le Canada pour voir s'il serait faisable de mettre au point un argumentaire économique en faveur d'investissements ciblant les déterminants de la santé.

En recourant à des subventions et des contributions, les programmes de financement de l'Agence ont soutenu des initiatives dans tout le pays en vue de renforcer les capacités à l'échelle des collectivités et de promouvoir des mesures intersectorielles ciblant les déterminants de la santé. Dans la Région de l'Atlantique, le Fonds pour la santé de la population a appuyé des projets qui renforcent les capacités dont disposent les collectivités pour promouvoir les politiques en santé publique, lesquelles ont un effet sur l'iniquité et les maladies chroniques. Dans la Région du Québec, ce même programme a plutôt servi, d'une part, à appuyer des projets visant la promotion de collectivités durables et en santé et, d'autre part, à s'attaquer au lien entre l'environnement et la santé. Dans la Région du Manitoba et de la Saskatchewan, les Fonds pour la santé de la population ont permis de soutenir des projets portant sur des enjeux comme la sécurité alimentaire et le vieillissement en santé, tout particulièrement pour les populations autochtones. De plus, des initiatives comme le *Programme de contributions en prévention et promotion pour la lutte contre le diabète*, le *Programme d'action communautaire sur le sida* et le *Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C* financent des projets qui soit s'attardent au lien entre les déterminants de la santé, les comportements à risque et l'incidence des maladies, soit soutiennent des approches ciblant les causes profondes de telles affections.

6 **Développer et accroître la capacité interne de l'Agence d'accomplir son mandat** – *Résultat atteint*

L'Agence a renforcé et fait progresser ses capacités internes. Ainsi, elle a revu son architecture des activités de programme, mis au point des stratégies de gestion et d'atténuation des risques de même qu'instauré des processus de planification stratégique et de planification des activités qui s'attaquent aux questions de capacité, notamment l'agrandissement des laboratoires et la poursuite du développement des bureaux régionaux et de bureau central de Winnipeg.

En 2006-2007, l'Agence comptait un seul résultat stratégique et une seule activité de programme. Les travaux réalisés au courant de l'année ont permis d'actualiser le résultat stratégique et de créer une architecture des activités de programme plus évoluée pour l'exercice 2007-2008, laquelle vise à mieux refléter les responsabilités de l'Agence et à établir des rapports plus détaillés sur les réalisations ainsi que sur l'utilisation des ressources.

Un cadre de communication stratégique des risques a été diffusé, assorti d'un guide connexe. Cet outil nouveau et particulier est conçu pour aider l'Agence à faire de la communication stratégique des risques un élément d'une gestion concrète du risque, par le biais d'un processus scientifique qui appuie la prise de décisions efficaces. Munie de tels outils et de telles méthodes, l'Agence peut plus facilement planifier et exercer une communication fructueuse des risques, celle-ci étant vue comme partie intégrante d'une fonction décisionnelle efficace qui englobe les intervenants et, en bout de ligne, le public canadien.

En 2006-2007, l'Agence a, d'une part, procédé à une évaluation des risques et mis au point son profil de risque organisationnel, avec la participation généralisée des gestionnaires de tous les niveaux, et d'autre part disposé les éléments d'une stratégie intégrée de gestion du risque. Par exemple, la haute direction a tenu des réunions périodiques pour examiner les secteurs de risque et, si nécessaire, prendre des mesures d'atténuation. L'effort de planification de l'Agence a tenu compte du risque, et des processus d'atténuation ont été introduits pour bon nombre des programmes de l'Agence. Cette dernière s'est engagée à poursuivre l'élaboration de son profil de risque organisationnel et à opérationnaliser ce profil, première étape de l'instauration d'un cadre intégré de gestion du risque à l'échelle des pratiques opérationnelles courantes.

En 2006-2007, l'Agence a lancé son tout premier processus de planification stratégique en vue d'établir les grandes orientations et de fixer les priorités devant guider les activités de l'organisation au cours des cinq prochaines années. Appelé à constituer le noyau d'une approche intégrée de planification, le plan stratégique fournit un cadre de politiques qui permettra à l'Agence de s'assurer que ses plans d'activités annuels soient dûment intégrés, que ses ressources soient centrées en conséquence et que son travail tout entier repose sur une structure de responsabilisation claire. Le plan stratégique est disponible à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/.

En 2006-2007, l'Agence a fait des progrès en ce qui touche son tout premier plan d'activités ministériel. Les secteurs de programme et de soutien ont défini leurs objectifs, cerné les défis auxquels ils font face et formulé des stratégies en vue la mise au point d'un premier plan d'activités pour l'Agence, tout en posant les jalons d'un processus annuel efficace de planification des activités.

Parmi les autres réalisations remarquables de l'Agence sur le plan du renforcement de ses capacités internes en 2006-2007, mentionnons ce qui suit :

- L'Agence a créé et doté un poste de vérificateur en chef afin d'assurer une utilisation judicieuse des deniers publics et la mise en place de systèmes efficaces de freins et de contrepoids.
- Un comité consultatif de l'évaluation a été créé, et la mise au point d'un plan quinquennal d'évaluation fondé sur le risque a été entreprise.
- La Stratégie de développement durable de l'Agence a été déposée et approuvée en cours d'exercice. En fixant d'entrée de jeu des buts, des objectifs, des cibles et des indicateurs de rendement, la Stratégie fournit un cadre propice à l'atteinte des résultats. De plus, elle propose un cadre de responsabilisation interne qui précise comment l'Agence procédera pour planifier, surveiller et évaluer l'atteinte des résultats ainsi que pour produire des rapports à ce sujet.
- Les programmes, les structures et les processus administratifs arrivent à leur plein rendement, de sorte que le nombre d'employés en date du 31 mars a progressé de 9,6 %, passant de 1 968 en 2006 à 2 157 en 2007.
- L'Agence a franchi de nouvelles étapes en ce qui touche la mise en place d'une infrastructure propre lui permettant de dispenser des services de ressources humaines à l'interne et de faire moins souvent appel à des fournisseurs de services externes. Par exemple, l'Agence a pris l'entière charge de ses politiques de ressources humaines, de

ses relations de travail et de la planification de ses ressources humaines — fonctions dont la gestion est désormais indépendante de Santé Canada. Ainsi, les services connexes peuvent être plus facilement centrés sur le mandat et les objectifs de l'Agence.

La section IV du présent document communique de plus amples renseignements sur le plan stratégique, l'architecture des activités de programme et les autres initiatives de renforcement des capacités internes de l'Agence.

Analyse par résultat stratégique et programme clé

Section II

Analyse par résultat stratégique

Résultat stratégique :

Une population plus en santé grâce à des mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures

Nom de l'activité de programme :

Santé de la population et santé publique

Ressources financières

Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
629,7 millions de dollars	536,2 millions de dollars*	510,8 millions de dollars**

* L'écart de 93,5 millions de dollars entre les dépenses prévues et les autorisations s'explique essentiellement par l'étalement, sur les exercices ultérieurs, de crédits de 44 millions de dollars destinés à la préparation à la grippe aviaire et à une pandémie de grippe ainsi que par le fait que des crédits de 51 millions de dollars destinés à la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer n'aient pas transité comme prévu par l'Agence.

** Les dépenses réelles ont été de 25,4 millions de dollars inférieures au total des autorisations en raison surtout de contraintes techniques et de contraintes de capacité qui ont fait obstacle à la pleine utilisation des ressources approuvées. La somme de 25,4 millions de dollars comprend des dépenses de fonctionnement totalisant 20,5 millions de dollars et des paiements de transfert totalisant 4,9 millions de dollars.

Ressources humaines (équivalents temps plein*)

Prévues	Réelles	Différence
2 119	2 050	69

* Calculé en fonction du nombre de jours travaillés, l'équivalent temps plein est une mesure de l'emploi moyen en cours d'exercice qui rend convenablement compte des personnes ayant travaillé une partie de l'année et/ou des employés à temps partiel. Le nombre d'équivalents temps plein à l'Agence était d'environ 1 968 en début d'exercice et d'environ 2 157 en fin d'exercice.

Avec le concours de ses partenaires, l'Agence encadre les interventions fédérales et mobilise les efforts à la grandeur du pays pour promouvoir et protéger la santé publique, au Canada et dans le monde. Il s'agit d'une part de prévoir les menaces pour la santé publique, de s'y préparer, d'intervenir lorsqu'elles surviennent et de rétablir une situation normale par la suite et, d'une part, de surveiller, observer et étudier les maladies, les blessures et les risques pour la santé évitables et leurs déterminants de même que l'état global de la santé publique, au Canada et à l'étranger. Ces activités sont conçues pour appuyer efficacement la prévention des maladies et la promotion de la santé ainsi que pour créer et maintenir le Réseau de santé publique, avec le concours des partenaires. L'Agence utilise les meilleures connaissances et preuves disponibles pour renseigner les intervenants canadiens et étrangers sur les différents aspects des activités liées à la santé publique et les inciter à participer ainsi que pour offrir de l'information, des conseils et un leadership en matière de santé publique.

Cette activité de programme appuie les six priorités énoncées dans le Rapport sur les plans et les priorités 2006-2007.

Analyse par programme clé

Mesures et interventions d'urgence

Le Canada doit être prêt à affronter les risques pour la santé publique que posent toutes les catastrophes naturelles ou d'origine humaine telles que les éclosions de maladies infectieuses, les calamités naturelles et les activités criminelles ou terroristes — explosions, libération de toxines ou d'agents biologiques et autres. Les principaux défis en matière de planification d'urgence comprennent la planification pour faire face efficacement à tous les risques possibles, la formation de l'ensemble des intervenants, la coordination des activités entre tous les ordres de gouvernement ainsi que le maintien de réserves suffisantes de fournitures d'urgence à la grandeur du pays.

Capacité de planification d'urgence

Prévues (en millions de dollars)	Autorisations (en millions de dollars)	Réelles (en millions de dollars)
13,9	13,7	12,9*

* Les dépenses réelles ont été de 0,8 million de dollars inférieures aux autorisations en raison de contraintes techniques et de contraintes de capacité.

CE QUI ÉTAIT PRÉVU

En 2006-2007, l'Agence avait prévu :

- de fournir aux responsables canadiens et au personnel de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) des renseignements précis et opportuns sur les événements nationaux et internationaux touchant la santé publique par le biais du Réseau mondial d'information en santé publique;
- d'élaborer une réglementation, des politiques, des procédures et un programme de formation afin d'appliquer la nouvelle *Loi sur la mise en quarantaine;*
- d'appuyer et de renforcer son service national de quarantaine.

CE QUI A ÉTÉ ACCOMPLI

L'Agence a réalisé ces plans — sauf en ce qui touche l'élaboration d'une réglementation afférente à la nouvelle *Loi sur la mise en quarantaine* — et certains résultats atteints ont dépassé les attentes.

Le Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP) prévoit et surveille l'éclosion des maladies infectieuses au moyen de logiciels qui examinent de grandes quantités d'informations de presse provenant du monde entier. En 2006-2007, le RMISP s'est doté d'une capacité de surveillance en portugais et a constitué une équipe d'analystes affectés au quart de soir et au quart de nuit. Ainsi, il peut assurer une couverture analytique tous les jours 24 heures sur 24, de manière à combler les besoins en renseignements précis et opportuns d'intervenants tels que l'OMS et d'autres utilisateurs dans le monde entier.

À l'aide du RMISP, l'Agence a exercé une surveillance des possibles menaces pour la santé publique tout au long d'événements donnant lieu à des rassemblements de masse, appuyant ainsi la tenue de ces derniers. Le RMISP a collaboré étroitement avec le Caribbean Epidemiology Centre (CAREC) pour offrir un soutien lors des matchs joués en mars 2007, à Trinité-et-Tobago et dans les pays voisins des Caraïbes, dans le cadre de la Coupe du monde de cricket.

Une nouvelle *Loi sur la mise en quarantaine* est entrée en vigueur le 12 décembre 2006. Remplaçant la *Loi sur la mise en quarantaine* et le *Règlement sur la quarantaine* en vigueur auparavant, cette loi définit de nouveaux pouvoirs et modernise les pouvoirs existants afin de mieux protéger les Canadiens contre l'importation et la propagation de maladies transmissibles provenant de l'étranger. L'Agence a élaboré les

outils appropriés de mise en œuvre, y compris un programme de formation pour les principaux responsables fédéraux (y compris les agents de quarantaine et les agents d'hygiène du milieu), des méthodes de fonctionnement normalisées ainsi que des activités de sensibilisation des partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux à la nouvelle loi.

La *Loi sur la mise en quarantaine* confère le pouvoir d'édicter des règlements portant sur un éventail de sujets. Le travail d'évaluation des besoins ayant débuté, l'Agence sera en mesure de concevoir des règlements en fonction du caractère prioritaire des besoins.

On a entrepris d'élaborer un protocole national de quarantaine maritime afin de renforcer la prestation de services de quarantaine à l'intention des ports maritimes. Dirigée par l'Agence, cette initiative a permis d'orienter les ministères et organismes exerçant des responsabilités à l'égard des dossiers de quarantaine en mer et dans les ports canadiens.

L'Agence a retardé l'élaboration d'une réglementation afférente à la nouvelle *Loi sur la mise en quarantaine*, car elle s'est heurtée à une importante question de principe, ultérieurement réglée par le biais du projet de loi C42. Par contre, les autres plans ont tous été réalisés, et certains résultats atteints ont dépassé les attentes. Un nouveau calendrier a été établi pour la mise au point de la réglementation.

De concert avec les partenaires et les intervenants, et dans le cadre de l'initiative *Sécurité publique et antiterrorisme* du Conseil du Trésor, l'Agence a mis au point et dispensé des cours de formation chimique, biologique, radiologique ou nucléaire (CBRN), dont un *cours de reconnaissance du bioterrorisme dans un laboratoire de palier 1* ainsi qu'un *programme de formation CBRN pour les premiers intervenants* réunissant cinq partenaires sous la direction de Sécurité publique Canada. De plus, l'Agence a coordonné l'élaboration et la mise en œuvre pilote de cours portant sur les services sociaux d'urgence, les services de santé d'urgence et les services de santé comportementale en cas de catastrophe, à l'intention des professionnels de la santé. L'Agence mettra en ligne les programmes nouveaux et existants afin de favoriser la prestation efficace des cours aux Canadiens qui cherchent à recevoir cette formation ou pour qui cette dernière est nécessaire.

Le Forum national de 2006 sur les mesures et les interventions d'urgence a eu lieu à Vancouver en décembre. L'événement a réuni plus de 250 intervenants de la planification d'urgence de tout le pays qui se sont penchés sur le problème de l'édification de collectivités sachant mieux résister aux catastrophes. Cette réflexion a posé les jalons de la mise au point d'un cadre plus complet de vulnérabilité/résistance visant à réduire les risques que posent les urgences pour les Canadiens. L'Agence et SPC ont financé et coprésidé le forum.

L'Agence a mis au point et animé la première d'une série de simulations mensuelles en salle de conférence visant à définir plus clairement les procédés, les procédures et les concepts de fonctionnement ainsi que les rôles et responsabilités de chaque groupe technique lié à la structure d'intervention d'urgence nouvellement remaniée.

En 2006-2007, l'Agence a dirigé la mise au point d'un exercice nommé *Coherence Trecedim II*. Portant sur une pandémie de grippe, cette simulation en salle de conférence avait été élaborée pour le Forum national de 2006 sur les mesures et les interventions d'urgence, et plus de deux cents intervenants des provinces et territoires, des organisations non gouvernementales et du gouvernement fédéral y ont pris part. L'exercice a fait le point sur la capacité dont disposerait l'Agence, en cas de pandémie, pour communiquer avec ses partenaires et intervenants ainsi qu'avec le public. Il a porté en partie sur les lacunes mises au jour dans le cadre de l'exercice mené lors du Forum national de 2005.

Une série de consultations et d'ateliers ont été organisés afin d'aborder la planification d'urgence pour les groupes vulnérables, notamment les personnes âgées, les personnes handicapées et les enfants. De telles initiatives visaient à mettre au point un mécanisme assurant une meilleure coordination en vue de répondre aux besoins de ces groupes lors des situations d'urgence. Ainsi, de concert avec l'Organisation mondiale de la santé, l'Agence a

travaillé à l'organisation de deux ateliers internationaux traitant de la situation des aînés en cas de catastrophe. De plus, l'Agence et la Société canadienne de psychologie ont été les hôtes conjoints d'une table ronde sur la planification psychosociale et la planification en santé mentale en cas de catastrophe, laquelle visait à cerner les principales priorités et les principaux enjeux associés aux préparatifs de gestion des incidences affectives et comportementales des situations d'urgence.

Outre la conception du Projet du secteur bénévole portant sur le cadre d'action en cas de situations d'urgence sanitaire, l'Agence a soutenu la création d'un conseil des directeurs du secteur bénévole chargés des situations d'urgence, lequel réunit essentiellement les principales ONG et organisations bénévoles. Ces mesures visent à renforcer la coordination des activités de préparation, d'intervention et de rétablissement à l'échelle du secteur bénévole et non gouvernemental de la santé tout entier.

Capacité d'intervention en cas d'urgence

Prévues (en millions de dollars)	Autorisations (en millions de dollars)	Réelles (en millions de dollars)
9,1	14,0	12,0*

* Les dépenses réelles ont été de 2,0 millions de dollars inférieures aux autorisations en raison de contraintes techniques et de contraintes de capacité.

CE QUI ÉTAIT PRÉVU

En 2006-2007, l'Agence s'était engagée :

- à maintenir sa capacité d'intervention tous les jours, 24 heures sur 24, et la capacité de distribuer des fournitures provenant de la Réserve nationale de secours (RNS) n'importe où au Canada, dans un délai de 24 heures;
- à améliorer ses activités d'intervention en laboratoire, tant dans son laboratoire de première ligne que dans ses unités mobiles d'intervention, à mettre au point des méthodes améliorées pour fins d'identification sur le terrain d'éventuels agents bactériens de bioterrorisme ainsi qu'à rehausser la capacité de réalisation de tests dans ses laboratoires canadiens;
- à contribuer directement à la participation du Canada à l'Initiative de protection de la santé mondiale, un partenariat international établi pour lutter contre les menaces liées au terrorisme chimique, biologique, radiologique et nucléaire de même qu'à une éventuelle pandémie de grippe;
- à prendre des mesures pour s'assurer que l'administration du vaccin contre la fièvre jaune au Canada soit conforme aux normes nationales;
- à collaborer avec le Réseau pancanadien de santé publique en vue d'établir un accord fédéral-provincial-territorial d'entraide en santé publique;
- à doter en personnel une équipe d'intervention sanitaire d'urgence (EISU) qui aiderait les provinces et les territoires à se munir d'une capacité d'appoint en cas de situations d'urgence en santé publique, à former les membres de cette équipe et à fournir à cette dernière le matériel nécessaire;
- à incorporer davantage le Centre d'opérations d'urgence (COU) dans des réseaux provinciaux, territoriaux et internationaux;
- à définir les composantes fédérales, provinciales et territoriales du Système national de gestion des situations d'urgence en santé;
- à collaborer avec les autorités provinciales et territoriales chargées des mesures et des interventions d'urgence pour peaufiner la planification propre à chaque région ainsi qu'à assurer la liaison avec les autres ministères fédéraux;
- à créer une fonction exécutive de liaison permanente avec le Système national d'intervention en cas d'urgence.

CE QUI A ÉTÉ ACCOMPLI

L'Agence a respecté ses engagements à l'égard du maintien de sa capacité d'intervention tous les jours, 24 heures sur 24, et de sa capacité de distribuer des fournitures provenant de la Réserve nationale de secours (RNS) dans un délai de 24 heures. Pour continuer d'être en mesure de réagir aux menaces nouvelles et émergentes, l'Agence a procédé à une évaluation à jour des risques et des menaces afin de réexaminer l'ensemble du matériel dont dispose la RNS. De concert avec les provinces et les territoires, l'Agence a continué d'établir une réserve efficace de fournitures essentielles, y compris des médicaments antiviraux, en vue d'intervenir en cas de pandémie ou d'autres situations d'urgence en santé publique. En modernisant la RNS, d'une part, et en appuyant et en favorisant les discussions nationales sur les mesures d'urgence dans le cadre d'une approche tous risques, d'autre part, l'Agence a continué en 2006-2007 d'améliorer son état de préparation à une éventuelle pandémie de grippe.

Pour soutenir la participation du Canada au réseau de laboratoires du Groupe de travail sur la protection de la santé mondiale, dans le cadre de l'Initiative de protection de la santé mondiale, l'Agence a entrepris la mise au point d'un cadre pour l'échantillonnage environnemental, à utiliser à la suite d'un incident de bioterrorisme.

L'Agence a dispensé une formation aux membres du portefeuille de la Santé en ce qui touche le transport des marchandises dangereuses, y compris les substances infectieuses, les produits chimiques dangereux et les matières radioactives. De plus, elle a mis au point et dispensé des cours de formation des formateurs portant sur le sujet.

L'Agence a aidé le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international à appliquer, au Canada, la Convention sur les toxines et les armes biologiques. L'Agence a fait partie de la Délégation canadienne aux Nations Unies, où d'importants progrès ont été réalisés pour améliorer la participation internationale au processus annuel d'établissement de rapports sur les mesures de confiance.

Le Canada a présidé le réseau de laboratoires du Groupe de travail sur la protection de la santé mondiale (RL-GTPSM) réunissant le G7 et le Mexique. L'Agence a contribué à la réalisation d'importants progrès par la voie de cette tribune, notamment l'échange de protocoles d'essais critiques visant des situations présumées de bioterrorisme.

Pour assurer une meilleure protection de la santé publique, l'Agence a fourni aux Canadiens qui voyagent à l'étranger et aux travailleurs de la santé de première ligne une information essentielle et à jour sur les événements internationaux touchant la santé publique. Par souci d'efficacité, le programme a utilisé des outils comme le Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP), qui permet d'observer et de prévoir les maladies infectieuses au moyen d'un logiciel qui surveille de grandes quantités d'informations de presse provenant du monde entier au regard des maladies infectieuses et chroniques, des catastrophes naturelles ainsi que des préoccupations environnementales et agricoles susceptibles d'influer sur la santé des voyageurs canadiens.

Par l'entremise de son Programme de médecine des voyages, l'Agence a en 2006-2007 contribué à mieux protéger la santé des voyageurs canadiens grâce à l'administration du vaccin contre la fièvre jaune de manière conforme aux normes nationales. Un examen a été entrepris pour s'assurer que le programme respecte les obligations du Canada en matière de vaccination contre la fièvre jaune, conformément au Règlement sanitaire international révisé de 2005. Cet examen a souligné la nécessité d'une collaboration accrue avec les provinces et les territoires en vue de moderniser l'administration du vaccin.

L'Agence a continué de remplir les fonctions de représentant officiel du gouvernement fédéral auprès du Groupe d'experts sur les mesures et interventions d'urgence du Réseau pancanadien de santé publique, tout en offrant un soutien sur le plan des fonctions de secrétariat et des politiques de même qu'un soutien technique et financier. Le rôle de ce groupe d'experts consiste à renforcer la capacité relative aux mesures et interventions d'urgence, partout au Canada, par la formulation de pratiques

et de cadres fondés sur des preuves qui englobent tout l'éventail de la gestion des mesures d'urgence, y compris les activités d'atténuation, de préparation, d'intervention et de rétablissement, selon une perspective fédérale, provinciale et territoriale.

L'Agence a joué un rôle clé dans la mise au point du protocole d'entente fédéral, provincial et territorial sur la prestation d'une aide mutuelle en rapport avec les ressources en santé lors d'une situation d'urgence. Confié par le Réseau pancanadien de santé publique au Groupe d'experts sur les mesures et interventions d'urgence, ce mandat a été mené à bien, et le protocole d'entente est prêt à recevoir la signature des ministres de la Santé du Canada et des provinces et territoires.

L'Agence n'a pas réussi établir comme prévu la première équipe d'intervention sanitaire d'urgence (EISU). Le Bureau national des équipes d'intervention sanitaire d'urgence a continué de voir à tous les aspects de la création de ces équipes de professionnels de la santé, extérieures au gouvernement fédéral, qui fourniront une capacité d'appoint en matière d'intervention médicale. Un cadre de fonctionnement provisoire a été mis au point, et l'Agence a terminé à 80 % l'approvisionnement de l'équipement nécessaire à la première unité d'EISU. Des initiatives ont été lancées avec les organismes centraux au sujet des mécanismes de participation des bénévoles affectés à l'EISU, d'une part, et avec la Fédération des ordres de médecins du Canada au sujet de l'autorisation d'exercer dans d'autres provinces et territoires, d'autre part. Les calendriers révisés liés à l'EISU prévoient la mise en service d'une équipe à Ottawa en 2007, d'équipes à Vancouver et Halifax en cours d'année 2008 ainsi que d'une équipe à Winnipeg d'ici 2009.

Les plans visant la création d'une fonction exécutive de liaison permanente avec Sécurité publique Canada (SPC) ont été laissés en suspens, le temps que l'Agence s'affaire à établir les conditions nécessaires. Cependant, l'Agence a continué de collaborer avec SPC et d'autres ministères fédéraux sous l'égide du Cadre national de gestion des situations d'urgence en santé du gouvernement du Canada.

Dans le cadre de ses activités liées au Système national de gestion des situations d'urgence en santé, l'Agence a fait d'importants progrès en vue de la mise au point finale du principal document décrivant les composantes fédérales, provinciales et territoriales du système, et ce travail se poursuivra.

L'Agence a continué de maintenir le système de Centre d'opérations d'urgence (COU) pour le portefeuille de la Santé du gouvernement fédéral. Le COU procure la plate-forme à partir de laquelle l'Agence et Santé Canada interviendront pour toute situation d'urgence en santé publique. La mise au point d'un nouveau logiciel de gestion des situations d'urgence, intégrant la technologie géospatiale, s'est poursuivie pendant d'exercice. De plus, l'Agence a pris part à un projet pilote interministériel visant à faciliter et à rendre plus efficient l'échange de renseignements et de données entre intervenants et partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux lors des situations courantes ou urgentes.

L'Agence a été l'hôte, à Ottawa, de la première réunion internationale des organismes de réglementation de l'usage confiné des agents pathogènes connus chez l'humain. Y ont pris part des représentants provenant des États-Unis (Centers for Disease Control and Prevention), de la Suisse, du Royaume-Uni, de l'Australie, du Japon, de Singapour ainsi que de l'Organisation mondiale de la santé.

Bref, l'Agence a réalisé toutes les activités de renforcement de la capacité d'intervention en cas d'urgence prévues dans le rapport sur les plans et les priorités 2006-2007, exception faite de la constitution d'une équipe d'intervention sanitaire d'urgence (EISU) complète ainsi que de la création d'une fonction exécutive de liaison permanente avec le Système national d'intervention en cas d'urgence.

Prévention et contrôle des maladies infectieuses

En dépit des progrès récents en matière de prévention, de traitement et de contrôle, le nombre de Canadiens qui décèdent de maladies infectieuses ou qui vivent avec une maladie infectieuse s'est accru depuis les années 1980, en partie à cause du VIH/sida. On estime à 58 000 le nombre de résidents canadiens qui vivent avec le VIH, et environ le quart d'entre eux ignorent leur état.

Le caractère imprévisible et l'évolution dynamique des pathogènes (c'est-à-dire des agents biologiques susceptibles de causer une maladie), l'origine animale des maladies infectieuses émergentes et réémergentes, la propagation des organismes résistant aux antimicrobiens et la multiplication des infections contractées à l'hôpital sont autant de facteurs qui posent d'importants défis sur le plan de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses.

En outre, la possibilité d'une co-infection par de multiples micro-organismes associés à des facteurs de risque, des populations à risque et des modes de transmission communs augmente la nécessité d'élaborer des approches globales, à l'échelon national, pour différents groupes de maladies infectieuses.

Groupe d'experts en contrôle des maladies transmissibles

L'Agence a continué de remplir les fonctions de représentant officiel du gouvernement fédéral auprès du Groupe d'experts en contrôle des maladies transmissibles du Réseau de santé publique, tout en offrant un soutien sur le plan des fonctions de secrétariat et des politiques de même qu'un soutien technique et financier. Le rôle de ce groupe d'experts consiste à exercer un leadership marqué sur le plan de la prévention et du contrôle des maladies transmissibles en élaborant, en recommandant et en mettant en œuvre des politiques, des pratiques, des lignes directrices et des normes nationales, selon une perspective fédérale, provinciale et territoriale.

Préparation à une pandémie de grippe

Dépenses prévues (en millions de dollars)	Total des autorisations (en millions de dollars)	Dépenses réelles (en millions de dollars)
92,6	36,7*	30,9**

* L'écart de 55,9 million de dollars entre les dépenses prévues et le total des autorisations s'explique essentiellement par le report de crédits sur les exercices ultérieurs et par leur redistribution au profit d'autres programmes visant à soutenir des activités liées à une éventuelle pandémie.

** Les dépenses réelles ont été de 5,8 millions de dollars inférieures aux autorisations en raison de contraintes techniques et de contraintes de capacité. Le refus d'un report de crédits destinés à la réserve de vaccins et aux outils de surveillance a été à l'origine d'une différence de 2,2 millions de dollars. De plus, un retard inévitable lors de la passation d'un marché pour un projet d'agrandissement de laboratoire à Winnipeg a provoqué un écart de 1,2 million de dollars.

CE QUI ÉTAIT PRÉVU

Consciente du fait qu'une pandémie de grippe pourrait constituer, dans le domaine des maladies infectieuses, la principale urgence en santé publique de toute l'histoire du Canada, l'Agence avait prévu de jouer un rôle de premier plan en vue de publier la mise à jour du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé et de promouvoir l'adoption de ce plan par tous les ordres de gouvernement.

Le Plan vise entre autres à assurer l'existence d'une capacité nationale suffisante pour produire les vaccins appropriés au cours d'une pandémie de grippe. De plus, l'Agence a retenu comme priorité d'accroître et de diversifier adéquatement les réserves d'antiviraux à des fins de traitement.

CE QUI A ÉTÉ ACCOMPLI

L'Agence a joué un rôle de premier plan dans la mise à jour du *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé* et dans la publication de la nouvelle version en décembre 2006, de concert avec les provinces et les territoires. L'Agence a également promu l'adoption du plan à jour par tous les ordres de gouvernement.

L'Agence a pris des mesures pour renforcer la capacité de préparation du Canada et sa capacité d'intervenir pour réagir à la menace que posent la grippe aviaire et une pandémie de grippe, et ce, dans les sept principaux domaines suivants :

- prévention et alerte rapide;
- vaccins et antiviraux;
- capacité de coordination;
- planification d'urgence;
- science critique;
- communication des risques;
- collaboration fédérale-provinciale-territoriale et internationale.

Prévention et alerte rapide

Une surveillance efficace et opportune s'avère cruciale au maintien de la capacité du gouvernement de dépister avec précision une maladie infectieuse émergente, de l'observer de près et d'intervenir pour y réagir. L'Agence a continué de soutenir le Système d'information en santé publique intégré (SISPi) et a procédé à des améliorations nécessaires, notamment le renforcement de la capacité d'extraire des données pertinentes pour veiller à ce que le système soit paré à servir en cas d'éclosions de maladies ou d'urgences sanitaires.

Vaccins et antiviraux

L'immunisation est un élément important de toute intervention efficace lors d'une pandémie de grippe. Le Canada est maintenant mieux préparé pour mettre au point et administrer un vaccin en cas de pandémie. L'Agence a continué d'administrer un contrat d'une durée de dix ans, conclu entre la société ID Biomedical (faisant affaire sous le nom de GlaxoSmithKline Biologicals North America) et le gouvernement du Canada, en vue de créer et de maintenir une capacité nationale de production de vaccins contre le virus à l'origine d'une pandémie. De plus, l'Agence a continué d'administrer une modification au contrat, faite en 2005, qui prévoit la production et l'essai d'un prototype de vaccin contre la grippe pandémique, y compris la réalisation d'essais cliniques. Ces efforts miseront sur des essais courants, parrainés par l'entreprise, et s'attaqueront à des problèmes qui intéressent tout particulièrement le Canada.

Afin d'améliorer la capacité d'intervention en cas de pandémie, l'Agence a poursuivi ses pourparlers avec le fabricant GlaxoSmithKline pour prévoir une augmentation de la capacité de production de vaccins, la possibilité de réaliser des projets régionaux visant la déclaration d'événements indésirables ainsi que le renforcement de la surveillance et de la déclaration de tels événements.

La préparation à une pandémie de grippe repose en partie sur la constitution d'une réserve d'antiviraux. En 2006-2007, la réserve nationale d'antiviraux (RNA) permettant d'offrir un traitement rapide lors d'une pandémie de grippe a été portée à 51 millions de doses, résultat de la distribution de quelque 21 millions de doses supplémentaires aux provinces et aux territoires. Le financement de cette mesure a fait l'objet d'une entente de partage des coûts entre l'Agence et les gouvernements des provinces et des territoires. Toujours en 2006-2007, de concert avec les provinces et les territoires, l'Agence a dirigé la formulation d'une recommandation de politique nationale sur l'opportunité de créer une réserve d'antiviraux devant servir à la prévention lors d'une pandémie. Plus tard en 2007, cette recommandation sera présentée aux ministres de la Santé du Canada et des provinces et territoires.

Capacité de coordination

Compte tenu de la visibilité grandissante des questions liées à une éventuelle pandémie de grippe, il était urgent de renforcer la capacité de l'Agence en matière de politiques stratégiques visant à appuyer les relations fédérales-provinciales-territoriales ainsi qu'en matière de soutien à la haute direction et de correspondance ministérielle. Relevant d'un directeur général, le Secrétariat des préparatifs en vue d'une pandémie a été créé, et il a entrepris d'offrir un point de convergence pour la participation de l'Agence aux travaux menés à l'échelon fédéral, provincial, territorial, intersectoriel et international en vue d'améliorer la préparation du Canada à la grippe aviaire et à une pandémie de grippe.

Planification d'urgence

Les activités de planification d'urgence s'avèrent cruciales pour se préparer aux conséquences de la grippe aviaire ou d'une pandémie de grippe sur la santé publique, pour intervenir lorsque surviennent ces événements et pour rétablir une situation normale par la suite.

De concert avec Sécurité publique Canada (SPC), l'Agence a travaillé à la définition d'un protocole interministériel de notification et de liaison précoces, en plus de poursuivre la mise au point du Système national de gestion des incidents de santé (SNGIS) avec les provinces et les territoires en vue de faciliter la coordination des mécanismes de planification et d'intervention lors des situations d'urgence, tant au sein des différents secteurs de compétence qu'entre ces derniers.

De concert avec Sécurité publique Canada, le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international et l'Agence canadienne d'inspection des aliments, l'Agence a formulé un *plan nord-américain de lutte contre l'influenza aviaire et pandémique*, conjointement avec les États-Unis et le Mexique, en vue 1) de dépister, contenir et contrôler une éclosion de grippe aviaire ainsi que prévenir la contamination humaine; 2) de prévenir ou ralentir l'entrée d'une nouvelle souche du virus de la grippe humaine en Amérique du Nord; 3) de coordonner la gestion et les communications lors des situations d'urgence; 4) de réduire autant que possible les perturbations injustifiées touchant la circulation des personnes et le flux des biens et des services aux frontières; et 5) de maintenir les infrastructures critiques.

Une réussite de l'Agence dans tout le Canada : planification en vue d'affronter la grippe aviaire et une pandémie de grippe

En 2006-2007, de concert avec ses partenaires du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux ainsi qu'avec des partenaires incontournables du secteur non gouvernemental et du secteur privé, l'Agence a dressé des plans en vue d'affronter d'éventuelles situations d'urgence liées à la grippe aviaire et à une pandémie de grippe.

Le Bureau régional du Manitoba et de la Saskatchewan de l'Agence a grandement contribué à l'édification de partenariats stratégiques en établissant un groupe fédéral-provincial mixte de planification de la lutte contre la souche H5N1 de la grippe aviaire, lequel réunit des représentants de nombreux ministères fédéraux et provinciaux, d'organisations non gouvernementales et de l'industrie avicole. Ce groupe travaille actuellement à l'élaboration d'un plan intersectoriel de gestion coordonnée des situations d'urgence liées à la grippe aviaire au Manitoba. Dans ce contexte, l'Agence a encadré la participation du gouvernement fédéral aux exercices préparatoires visant à vérifier l'efficacité opérationnelle des groupes. De plus, l'Agence a dispensé aux participants une formation indispensable en matière de gestion des situations d'urgence et de planification en vue d'une pandémie de grippe.

Dans la région de l'Atlantique, l'Agence et Sécurité publique Canada (SPC) ont coparrainé la tenue, le 8 juin 2006, d'une réunion de délégués provenant des ministères et organismes clés du gouvernement fédéral et des gouvernements des quatre provinces de l'Atlantique. Portant sur la planification des situations d'urgence liées à une pandémie de grippe, l'événement a rassemblé des porte-parole provinciaux des ministères de la Santé, des organismes des mesures d'urgence et des organismes chargés des interventions sanitaires d'urgence ainsi que des représentants des bureaux régionaux de l'Agence, de Santé Canada et de SPC. La réunion a donné lieu à un échange de renseignements, à une clarification des rôles et responsabilités ainsi qu'à l'identification d'enjeux et de thèmes communs. La démarche visait à faciliter la collaboration et la coordination permanentes à l'échelle de la région — première étape importante de la planification d'urgence en vue d'une éventuelle pandémie de grippe.

Science critique

Le Laboratoire national de microbiologie (LNM) de l'Agence réalise des travaux scientifiques et des projets de développement qui portent sur un large éventail de domaines liés aux agents infectieux viraux, bactériens ou à prions. En tant que principal laboratoire canadien doté d'installations de confinement à niveau de biosécurité élevé (niveaux 3 et 4), le LNM est particulièrement apte à isoler, identifier et caractériser les nouveaux agents qui apparaissent périodiquement (par exemple, les nouvelles souches du virus de la grippe), sans délai et au fur et à mesure, au moyen d'un ensemble d'applications perfectionnées de la technologie fondées sur la génomique, la protéomique et la bioinformatique. En outre, le LNM est à la fine pointe de l'élaboration des technologies modernes en santé publique, veillant à les appliquer pour poser des diagnostics, étudier des vaccins ou réaliser des travaux d'épidémiologie moléculaire.

Au-delà de ces fonctions spécialisées, les scientifiques du LNM s'affairent sans cesse à recueillir des données de laboratoire sur les maladies et agents infectieux qui importent pour le Canada et les autres pays. Les organismes de réglementation (par exemple, Santé Canada et l'Agence canadienne d'inspection des aliments) et les intervenants en santé publique à l'échelon fédéral, provincial et territorial traduisent ces données en évaluations des risques, en décisions, en politiques et en lignes directrices en matière de prévention, de traitement, de contrôle et de prise en charge des maladies. De même, dans l'arène internationale, l'apport du LNM est de plus en plus

apprécié par des organismes collaborateurs tels que l'Organisation mondiale de la santé. Par la voie du LNM, l'Agence a élargi son rayon au monde entier en misant sur la capacité de transférer et de déployer son savoir-faire dans d'autres pays ainsi que sur l'appui des échanges professionnels.

En santé publique, parmi les domaines actifs faisant l'objet d'interventions structurées fondées sur des données de laboratoire, mentionnons la salubrité alimentaire (pathogènes entériques, encéphalopathie bovine spongiforme), la sûreté du sang (virus de l'hépatite, variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob), les zoonoses (virus du Nil occidental, virus de la grippe), le contrôle des infections nosocomiales (bactéries résistant aux antimicrobiens) de même que les voyages et les services de quarantaine (tuberculose pharmacorésistante). De manière moins directe, la sécurité des milieux dans les collectivités se trouve favorisée par le recours aux données de laboratoire en vue d'atténuer les effets de maladies contractées dans la collectivité, notamment la tuberculose et les infections transmises sexuellement, surtout parmi les groupes vulnérables comme ceux que l'on retrouve dans les garderies et les établissements de soins prolongés.

Le LNM a offert son plein rendement pendant l'exercice. Pour contribuer à maintenir la correspondance entre la capacité et les activités scientifiques des laboratoires, d'une part, et les besoins en santé publique d'autre part, l'Agence a réussi, en 2006-2007, à présenter un plan visant l'achat d'un laboratoire de propriété provinciale (le laboratoire Logan) ainsi qu'à acheter le matériel nécessaire et à amorcer la migration de certains services administratifs, autrefois situés au LNM, vers un immeuble à bureaux du centre-ville.

Communication des risques

La communication des risques a été reconnue en tant qu'intervention d'importance suprême en santé publique. À l'égard des grandes questions touchant une pandémie de grippe, l'Agence a mené des consultations publiques et des recherches sur l'opinion publique qui éclaireront à la fois l'élaboration de ses politiques et la planification de ses communications. Des outils d'information du public ont été créés, y compris deux affiches et un dépliant, et ces outils ont été traduits en plusieurs langues et distribués auprès d'intervenants clés. En outre, en prévision d'une éventuelle pandémie de grippe, on a produit, pour diffusion à la radio, sur le Web et dans la presse écrite, des messages d'intérêt public renseignant les Canadiens sur la maladie et sur les mesures de protection à prendre.

En matière de communication, l'Agence a continué de resserrer les réseaux tissés avec ses homologues des provinces et des territoires ainsi qu'avec ses partenaires dans l'arène mondiale.

Collaboration fédérale-provinciale-territoriale et internationale

L'Agence a mis sur pied le Programme de service de santé publique afin de s'attaquer aux pénuries qui minent la capacité des provinces, des territoires et des autorités sanitaires locales de respecter les priorités qu'elle fixe en matière de surveillance et d'intervention. En plus d'assurer la participation d'effectifs de base, l'Agence a entamé des consultations préliminaires pour obtenir la collaboration du personnel affecté aux programmes sur le terrain, tout en menant à terme une première ronde de négociations avec les gouvernements provinciaux et territoriaux. Elle a ainsi posé les jalons en vue de la conduite d'une deuxième ronde de pourparlers avec les provinces et les territoires ainsi que de la conclusion d'ententes officielles prévoyant le déploiement d'agents de santé publique lors du prochain exercice.

L'Agence a fourni une subvention d'un million de dollars pour appuyer la mise en œuvre du plan d'action global de l'OMS visant à accroître l'approvisionnement mondial en vaccins afin de lutter contre une pandémie de grippe.

Immunisation

Prévues (en millions de dollars)	Autorisations (en millions de dollars)	Réelles (en millions de dollars)
10,0	9,9	8,6*

* Les dépenses réelles ont été de 1,3 million de dollars inférieures aux autorisations en raison de contraintes techniques et de contraintes de capacité.

CE QUI ÉTAIT PRÉVU

On sait par expérience que l'immunisation constitue l'un des types d'intervention de santé publique les plus efficaces. Dans le cadre du Réseau pancanadien de santé publique, et conformément à la Stratégie nationale d'immunisation approuvée par la Conférence des sous-ministres de la Santé en 2003, l'Agence avait prévu de fournir une aide au Comité canadien de l'immunisation (CCI) — une instance fédérale-provinciale-territoriale — de même qu'au Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) à l'égard des questions scientifiques, des programmes, des politiques, de la diffusion de l'information, de la coordination et du soutien administratif. L'Agence avait aussi prévu d'établir une collaboration à l'échelle internationale sur des enjeux liés à l'immunisation et aux maladies infectieuses évitables par la vaccination.

CE QUI A ÉTÉ ACCOMPLI

Les initiatives prévues ont été réalisées, dans certains cas au-delà des prévisions.

Dans le cadre du Réseau pancanadien de santé publique, l'Agence a fourni une aide au Comité canadien de l'immunisation (comité fédéral-provincial-territorial) et au Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) à l'égard des questions scientifiques, des programmes, des politiques, de la diffusion de l'information, de la coordination et du soutien administratif.

Avec la participation et le soutien administratif de l'Agence, le CCNI a publié la 7e édition du *Guide canadien d'immunisation*, dont environ 40 000 exemplaires ont été diffusés dans tout le pays. En outre, avec cette même participation et ce même soutien, le CCNI a diffusé ses recommandations de santé publique au sujet du vaccin contre le *virus du papillome humain* (VPH), premier vaccin approuvé pour utilisation au Canada en vue de protéger les femmes et les filles contre le cancer du col de l'utérus. Afin de favoriser un accès opportun et équitable dans tout le Canada, le Budget de 2007 a octroyé aux provinces et aux territoires une enveloppe de 300 millions de dollars, répartie sur trois ans, pour lancer des programmes de vaccination contre le VPH. L'Agence a exercé un rôle de premier plan dans la coordination d'un premier exercice concerté de planification des programmes d'immunisation au Canada. Les deux comités nationaux (le CCI et le CCNI) ont créé un groupe de travail mixte afin d'examiner les choix possibles et de fournir des preuves permettant d'éclairer les décisions de planification des programmes d'immunisation axées sur ce vaccin.

Le CCI a autorisé la publication des lignes directrices nationales sur la chaîne du froid, obtenu l'accord du Réseau pancanadien de santé publique pour faire de l'éradication de la rubéole et de l'embryopathie rubéolique un objectif national ainsi qu'approuvé les objectifs nationaux et les recommandations portant sur cinq maladies évitables par la vaccination, soit la grippe, la maladie invasive à pneumocoques, la maladie invasive à méningocoques, la varicelle et la rubéole. Sous l'impulsion du CCI, un consultant externe a procédé à l'évaluation de la Stratégie nationale d'immunisation, trois années après le lancement du projet.

L'Agence a publié le Rapport sur l'immunisation au Canada qui, d'une part, communique des renseignements sur l'épidémiologie des maladies évitables par la vaccination, sur la couverture vaccinale, sur l'innocuité des vaccins et sur les événements indésirables

et, d'autre part, fait le point sur la Stratégie nationale d'immunisation. L'Agence a aussi publié :

- les Lignes directrices pour la prévention et le contrôle de la maladie invasive due au streptocoque du groupe A;
- des données sur la surveillance accrue des méningococcies invasives au Canada (2002-2003).

Pour s'attaquer avec d'autres pays aux défis que posent l'immunisation et les maladies infectieuses évitables par la vaccination, l'Agence a collaboré avec des agences internationales telles que l'Organisation mondiale de la santé et l'Organisation panaméricaine de la santé, continuant d'exercer un leadership technique et d'offrir des conseils afin de combattre les maladies évitables par la vaccination et de les éradiquer à l'échelle planétaire. De plus, l'Agence a pris part à l'Initiative internationale de surveillance circumpolaire dans le but de mieux comprendre l'épidémiologie de diverses maladies bactériennes invasives dans les régions situées au nord du 60e parallèle.

De concert avec la Société canadienne de pédiatrie et l'Association canadienne pour la recherche et l'évaluation en immunisation, l'Agence a organisé la Conférence canadienne sur l'immunisation qui a eu lieu du 3 au 6 décembre 2006 à Winnipeg (Manitoba). Plus de 1 000 personnes ont participé à l'événement, qui a donné lieu à des échanges d'idées et de savoir-faire qui devraient contribuer à stimuler la mise au point et l'application de nouveaux développements sur le plan scientifique et technologique.

Maladies transmises par le sang et infections transmises sexuellement

Prévues (en millions de dollars)	Autorisations (en millions de dollars)	Réelles (en millions de dollars)
52,8	52,8	52,8

La dernière décennie a vu bondir le nombre de cas d'infections transmises sexuellement de même que le nombre de co-infections par VIH et par des maladies telles que la tuberculose, l'hépatite C et la syphilis.

CE QUI ÉTAIT PRÉVU

En 2006-2007, l'Agence avait prévu :

- de diriger l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada;
- d'instaurer une approche pour répondre aux besoins communs de groupes de population particuliers qui sont exposés au VIH/sida;
- de distribuer des lignes directrices nationales portant sur les ITS aux professionnels de la santé et aux cliniques de l'ensemble du Canada;
- d'assurer une surveillance des taux d'infection pour une vaste gamme d'infections transmises sexuellement et par le sang;
- de recourir au programme Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada pour brosser un tableau complet de la santé des jeunes de la rue au Canada, y compris les facteurs de risque;
- de déterminer des modèles « exemplaires » de programmes scolaires de promotion de la santé sexuelle.

CE QUI A ÉTÉ ACCOMPLI

Ces plans ont tous été réalisés pendant l'exercice 2006-2007.

L'Agence a continué de diriger l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada. Cette dernière est le fruit d'un partenariat entre l'Agence, Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada et le Service correctionnel du Canada. Elle a pour but de prévenir de nouvelles infections, de ralentir la progression du VIH/sida, d'améliorer la qualité de vie des personnes touchées, de réduire l'impact social et économique de la maladie et de prendre part aux efforts internationaux de lutte contre l'épidémie. Par le biais de cette initiative, l'Agence a poursuivi ses efforts en vue : d'enrichir les connaissances sur le VIH/sida et de fournir des renseignements plus pertinents sur les programmes de prévention, de soins, de traitement et de soutien; de sensibiliser davantage la population au VIH/sida et aux facteurs qui alimentent l'épidémie, tels que la stigmatisation et la discrimination; d'intégrer les programmes et services de lutte contre le VIH/sida à ceux visant d'autre maladies connexes, comme les ITS, s'il y a lieu; d'inviter les ministères fédéraux à s'attaquer aux facteurs qui influent sur la santé, par exemple les problèmes de logement et la pauvreté; d'accentuer la participation canadienne à la lutte mondiale contre le VIH/sida; et d'aider les partenaires à mettre en œuvre des interventions efficaces concernant le VIH/sida.

En 2006-2007, de concert avec des partenaires nationaux et internationaux, l'Agence a mis à jour les projections nationales de l'incidence et de la prévalence du VIH au Canada pour 2005. Diffusées avant la tenue du Congrès international sur le sida de Toronto, en août 2006, les nouvelles projections servent maintenant à orienter les interventions sur le plan des programmes et des politiques. En outre, l'Agence a poursuivi la mise au point du programme canadien de deuxième génération qui assure une surveillance du VIH et des comportements à risque connexes parmi les groupes fortement exposés à l'infection par VIH. Le programme ciblant les utilisateurs de drogues injectables opère maintenant des sites de surveillance du Québec à la Colombie-Britannique. Pour sa part, le programme axé sur les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes a terminé une première série d'enquêtes à

Montréal et en Ontario. Une étude pilote semblable auprès des personnes originaires de pays où le VIH/sida est endémique a été lancée dans la communauté haïtienne de Montréal.

Dans le cadre de ses efforts visant à participer à la lutte mondiale, l'Agence a soutenu l'Initiative canadienne de vaccin contre le VIH, dont l'annonce a été faite par le premier ministre en février 2007, et qui a pour but de développer des vaccins sûrs et efficaces contre le VIH. Les partenaires de l'Agence dans ce projet sont Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Agence canadienne de développement international (ACDI), Industrie Canada ainsi que la Fondation Bill et Melinda Gates. En outre, l'Agence a appuyé la mise en place d'un système de deuxième génération assurant une surveillance efficace du VIH/sida au Pakistan, et ce, avec le soutien financier de l'ACDI. Le gouvernement du Pakistan utilisera l'information recueillie au moyen de ce système pour suivre l'évolution de l'épidémie ainsi que pour planifier la prise de mesures élargies, mettre ces dernières en œuvre et évaluer les résultats obtenus.

Le programme de recherche génétique sur le VIH a poursuivi ses travaux d'épidémiologie moléculaire, permettant aux chercheurs d'utiliser le code génétique des sous-types du VIH pour appuyer les interventions de santé publique en identifiant les groupes d'infections, en soutenant les enquêtes épidémiologiques et en éclairant les efforts de prévention ciblant des groupes particuliers.

L'Agence a collaboré avec Les Associés de recherche Ekos inc. pour réaliser le Sondage de suivi de 2006 sur les attitudes touchant le VIH/sida et, en partenariat avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada, pour réaliser le Sondage de 2006 sur les attitudes des Autochtones touchant le VIH/sida, ce dernier étant le premier du genre. Ces sondages ont permis de dégager un tableau d'ensemble des connaissances, des attitudes et des comportements à l'égard du VIH/sida au Canada ainsi que de cerner l'étendue et les causes de la stigmatisation et de la discrimination associées au VIH/sida, établissant des assises pour la mise au point d'une première campagne nationale de marketing social axée sur le VIH/sida, orchestrée par l'Agence.

L'Agence a pris part à un projet multi-intervenants prévoyant la création d'un plan canadien en matière de vaccins anti-VIH qui propose un large éventail de mesures à adopter par les chercheurs, le gouvernement, la collectivité et les organismes internationaux. Ce plan a été mondialement reconnu comme l'une des premières initiatives en matière de vaccins anti-VIH à l'échelle de tout un pays à favoriser une stratégie complète englobant les vaccins, l'action revendicatrice et le financement. Le Plan canadien en matière de vaccins anti-VIH est disponible à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/pdf/publications/vaccplan_f.pdf.

Par le biais du Programme d'action communautaire sur le sida, l'Agence a continué d'offrir un financement à des organismes communautaires pour appuyer la prestation de programmes éducatifs de prévention du VIH/sida, pour mettre en place des milieux favorables aux personnes séropositives ou sidéennes et aux personnes concernées par le VIH/sida ainsi que pour renforcer la capacité des personnes vivant avec le VIH/sida de gérer leur état dans le cadre de 148 projets réalisés dans tout le Canada.

En 2006-2007, des mesures ont été prises pour répondre aux besoins communs de groupes de population particuliers qui sont exposés au VIH/sida, grâce au lancement du nouveau Fonds pour les initiatives visant spécifiquement les populations touchées par le VIH/sida. Des experts et des intervenants ont été invités à appuyer la mise au point de rapports d'étape sur le VIH/sida propres à certains groupes, soit les hommes gais, les femmes, les Autochtones et les personnes originaires de pays où le VIH/sida est endémique.

RÉUSSITES À SIGNALER

En 2006-2007, le Bureau régional du Québec de l'Agence a offert un soutien financier au Projet pour les réfugiés afin de mettre au point des mécanismes d'action concertée adaptés aux besoins sanitaires particuliers des réfugiés. Comptant sur des partenaires comme le Royal Victoria Hospital, l'Hôpital Sainte-Justine, le Centre social d'aide aux immigrants, le Service d'aide aux réfugiés et immigrants et la Maison plein cœur, le projet est conçu de manière que les personnes vivant avec le VIH/sida qui ont demandé ou se sont vu accorder le statut de réfugié puissent avoir accès aux services de santé et au soutien pour constituer des réseaux sociaux et communautaires propices à leur intégration dans la société. La lutte contre l'isolement social est jugée essentielle à l'amélioration de l'état de santé de ces personnes. Le projet procure déjà des bienfaits tangibles à l'échelon local, régional et national.

Le Bureau régional de l'Ontario et du Nunavut de l'Agence a produit et diffusé le premier rapport annuel de l'Outil communautaire d'établissement de rapports sur le sida de l'Ontario (OCRSO), intitulé *Perspectives des services de première ligne*. Ce rapport propose un résumé et une analyse des données recueillies par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario ainsi que de la conduite, sur une période de quatre ans, des projets financés par l'Agence, et ce, au moyen d'un outil mis au point conjointement par les deux ordres de gouvernement. L'analyse a été conçue de manière à brosser un tableau général des efforts de prévention, de soins et de soutien associés au VIH/sida en Ontario. Le rapport communique des renseignements inestimables au Bureau de lutte contre le sida, à l'Agence et aux organismes subventionnés, contribuant ainsi à jauger la demande de services et à déceler tout changement ou renversement de tendance. De plus, il fournit des preuves sur lesquelles fonder de futurs projets de recherche et de prévention. Le lien suivant mène au rapport de l'OCRSO : https://www.ochart.ca/View%20from%20the%20Front%20Lines%20-%20French%20-%20July%2010%2007.pdf.

Le Bureau régional de l'Ontario et du Nunavut de l'Agence a confié à l'Unité de recherche sur la participation des jeunes du Centre pour la promotion de la santé, situé à l'University of Toronto, le mandat de procéder à une analyse du milieu portant sur les activités de participation des jeunes en Ontario. Des entrevues ont été réalisées auprès de groupes jeunesse dans des collectivités urbaines, rurales et éloignées en vue d'identifier les activités et les réseaux existants, tout particulièrement au regard de l'hépatite C, du VIH, des infections transmises sexuellement et des déterminants de la santé. Un rapport final a cerné les lacunes, les occasions, les réussites et les défis qui caractérisent les activités de participation des jeunes, d'une part, et formulé des recommandations en vue de la création d'un réseau jeunesse régional d'autre part. Pour tout renseignement, consulter le site : http://www.youthvoices.ca.

Les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, édition 2006*, qui présentent les données les plus récentes sur la gestion des infections transmises sexuellement, ont été mises à la disposition des professionnels de la santé par la voie du site Web de l'Agence. Des fonctionnaires de l'Agence ont participé aux travaux du groupe d'experts ayant rédigé les lignes directrices.

L'Agence a continué d'assurer une surveillance des taux d'infection pour une vaste gamme d'infections transmises sexuellement et par le sang. De plus, elle a poursuivi ses efforts en matière d'hémovigilance, notamment en instituant le leadership, en cultivant les connaissances scientifiques et en créant les infrastructures nécessaires pour soutenir ses projets stratégiques de surveillance axés sur la cueillette de renseignements détaillés sur :

- les facteurs de risque associés à des pathogènes à diffusion hématogène comme le VIH, le virus de l'hépatite B ou le virus de l'hépatite C, dans la population générale autant que dans les milieux de travail (projets tels que le Système de surveillance accrue des souches de l'hépatite (SSASH) ou le Réseau canadien de surveillance des piqûres d'aiguille (RCSPA));
- l'incidence des événements indésirables ou des erreurs qui surviennent lors de transfusions (projets tels que le Système de surveillance des incidents transfusionnels (SSIT) et le Système de surveillance des erreurs transfusionnelles (SSET)).

L'Agence a aussi entrepris d'élargir les réseaux et de multiplier les activités de transmission du savoir afin de mieux gérer les risques pour la santé publique dans tout le Canada. Par exemple, elle est en voie d'examiner les données fournies par les hôpitaux canadiens au sujet des transfusions néo-natales et pédiatriques permanentes ou de précision et au sujet de la conservation du sang aux fins de transfusion. Cette démarche a pour but de concevoir de meilleures approches, de proposer des évaluations des risques et des équations pertinentes ainsi que de formuler des choix qui assurent aux Canadiens une protection accrue contre les maladies infectieuses existantes, émergentes ou réémergentes.

L'Agence a eu recours au système de Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada (SAJR) pour brosser un tableau détaillé de la santé des intéressés. Différents rapports fondés sur les données du système de SAJR ont été publiés, décrivant les taux d'infection pour les infections transmises sexuellement et par le sang ainsi que les comportements à risque et les déterminants de la santé observés pour cette population. Lancé de concert avec des intervenants externes, ce projet pilote de surveillance a débouché sur l'élaboration de mécanismes plus efficaces pour joindre les jeunes de la rue et offrir des tests et des soins pour le VIH, les infections transmises sexuellement et les infections connexes.

Par ailleurs, des efforts ont été déployés pour élaborer des normes relatives aux données sur les infections transmises sexuellement et par le sang, dans le but d'améliorer la qualité et le caractère opportun des données nationales.

Des modèles « exemplaires » de programmes scolaires de promotion de la santé sexuelle ont été identifiés, ce qui contribuera à accroître l'efficacité des initiatives futures.

Infections acquises en milieu de soins

Prévues (en millions de dollars)	Autorisations (en millions de dollars)	Réelles (en millions de dollars)
3,7	3,6	3,6

CE QUI ÉTAIT PRÉVU

Selon les estimations, entre 5 % et 10 % de tous les patients admis dans un établissement de santé au Canada contractent une infection en milieu de soins (nosocomiale). Pour s'attaquer à ce problème, l'Agence avait prévu en 2006-2007 :

- d'étendre la portée des Guides de prévention des infections, notamment en utilisant des données d'enquête pour réviser le Guide sur les *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé;*
- de mettre à jour les *Directives sur le contrôle de l'infection et la santé au travail durant une pandémie de grippe dans les milieux traditionnels et non traditionnels de soins de santé*, élaborées dans le cadre du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza;
- de terminer l'analyse d'une étude menée antérieurement sur *Clostridium difficile* (*C. difficile*) et de publier le rapport connexe.

CE QUI A ÉTÉ ACCOMPLI

L'Agence a examiné, révisé et élargi la portée de ses *Guides de prévention des infections*, qui sont utilisés à grande échelle par les fournisseurs de soins de santé, les gouvernements et les autres établissements, à qui ils fournissent des renseignements sur les pratiques exemplaires en matière de prévention et de contrôle des infections. Les guides ont maintenant été adaptés pour refléter tout l'éventail des soins de santé dispensés au Canada, notamment les soins de courte et de longue durée, les soins en cabinet et en consultation externe et les soins à domicile. Les guides sont disponibles à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/dpg_f.html.

Les *Guides de prévention des infections* ont été révisés avec le concours d'un comité directeur pluridisciplinaire national relevant du Groupe d'experts en contrôle des maladies transmissibles (GECMT) du Réseau pancanadien de santé publique. Le comité directeur a été constitué en tant qu'organe consultatif et dirigeant, chargé de faciliter l'élaboration et le maintien des *Guides de prévention des infections de l'Agence de santé publique du Canada*.

L'Agence a poursuivi ses activités d'examen et de révision dans le cadre du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza (PCLPI), plus précisément l'annexe F, intitulée *Lignes directrices relatives au contrôle de l'infection et à la santé au travail durant une pandémie d'influenza dans les établissements de soins de santé traditionnels et non traditionnels*. Ce travail s'est fait avec le concours d'une équipe pluridisciplinaire réunissant des participants de tout le Canada.

Clostridium difficile (*C. difficile*) est la cause la plus commune de diarrhée d'origine infectieuse dans les hôpitaux du monde industrialisé. En 2006-2007, l'Agence a terminé l'analyse d'une étude menée antérieurement sur *C. difficile*, conçue pour cerner les pratiques de prévention et de contrôle des infections en vigueur dans l'ensemble des établissements canadiens de soins de courte et de longue durée. L'étude s'est également penchée sur l'existence de possibles différences entre les pratiques de contrôle des infections en vigueur dans les institutions hospitalières de petite ou de grande taille ainsi qu'entre les établissements de soins de courte ou de longue durée. Les résultats de l'étude permettront de comparer, d'une province ou d'un territoire à l'autre, les pratiques habituelles de contrôle des infections ainsi que les précautions particulières pour prévenir les cas de diarrhée associés à *C. difficile*. De plus, les résultats permettront à tout établissement de

comparer ses pratiques de contrôle des infections à celles d'établissements semblables.

Le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN) est le fruit des efforts conjoints de l'Agence et du Comité canadien d'épidémiologistes hospitaliers (CCEH), un sous-comité de l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada. Le PCSIN a pour objectifs, d'une part, de faire connaître les taux et les tendances des infections nosocomiales dans les établissements de santé canadiens, rendant possible la comparaison des taux (références) et, d'autre part, de fournir des données fondées sur des preuves pouvant servir à l'élaboration de lignes directrices nationales. Pour joindre les établissements de soins communautaires et prolongés, il est crucial d'élargir le réseau du PCSIN dans les principaux hôpitaux d'enseignement en vue de mettre au point un programme national complet de surveillance des infections acquises en milieu de soins. En 2006-2007, le réseau du PCSIN s'est étendu à 49 hôpitaux sentinelles, ce qui signifie que les plans de l'Agence ont été réalisés.

Bref, en ce qui touche les infections acquises en milieu de soins, l'Agence a réalisé toutes les activités prévues dans le rapport sur les plans et les priorités 2006-2007, à l'exception de la révision du Guide sur les *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*.

Maladies transmissibles de l'animal à l'homme (zoonoses)

Prévues (en millions de dollars)	Autorisations (en millions de dollars)	Réelles (en millions de dollars)
20,7	20,4	18,7*

* Les dépenses réelles ont été de 1,7 million de dollars inférieures aux autorisations en raison de contraintes techniques et de contraintes de capacité.

CE QUI ÉTAIT PRÉVU

Les effets économiques des maladies qui peuvent être transmises de l'animal à l'homme (zoonoses) sont variés, allant d'une perte de productivité à des restrictions visant les échanges et les voyages internationaux. Grâce à ses laboratoires spécialisés, l'Agence joue le rôle de chef de file national dans le cadre des interventions concernant ces maladies. En 2006-2007, l'Agence avait prévu :

- de poursuivre ses activités de recherche et de surveillance afin de réduire autant que possible les risques que présente le virus du Nil occidental pour les réserves de sang canadiennes;
- de mettre à jour les lignes directrices existantes relatives à la maladie de Lyme et d'organiser une conférence nationale sur cette dernière;
- de poursuivre sa collaboration avec les autorités sanitaires régionales dans tout le Canada relativement à la mise en œuvre du Réseau canadien de renseignements sur la santé publique (RCRSP);
- d'effectuer des tests microbiologiques spécialisés servant de référence ainsi que de mener des recherches novatrices visant à améliorer la capacité du Canada d'identifier des virus et des bactéries;
- de continuer de produire, de condenser et de transmettre des renseignements d'origine scientifique dans le but de prévenir ou d'atténuer les risques pour la santé publique associés aux maladies gastro-intestinales infectieuses attribuables à l'interface entre les humains, les animaux et l'environnement;
- de recueillir et de diffuser des données de laboratoire hebdomadaires sur les agents pathogènes gastro-intestinaux, par le biais du Programme national de surveillance des maladies entériques (PNSME);

- de poursuivre l'analyse de l'incidence, du fardeau, des coûts et des facteurs de risque associés aux maladies infectieuses gastro-intestinales de même que l'étude du phénomène de la sous-déclaration des cas de ces maladies au Canada;
- de diriger l'élaboration d'un plan national d'urgence concernant la rage du raton laveur.

CE QUI A ÉTÉ ACCOMPLI

Par le biais du Laboratoire national de microbiologie et de la Division des infections d'origine alimentaire, hydrique et zoonotique, l'Agence a poursuivi ses activités de recherche et de surveillance visant le virus du Nil occidental. En outre, par le truchement du Programme national de surveillance du virus du Nil occidental, elle a continué d'encadrer l'action du gouvernement fédéral dans ce dossier. Le programme assure une coordination globale des interventions fédérales, provinciales et territoriales liées au virus du Nil occidental, notamment les activités de surveillance, d'éducation et de sensibilisation publique de même que les activités de recherche axées sur l'écologie de la maladie, sa propagation et les facteurs de risque connexes. Ces travaux ont été réalisés de concert avec les agences du sang au Canada.

L'Agence a été l'hôte d'une conférence nationale sur la maladie de Lyme. La tenue de cet événement marque un premier pas vers la formulation de recommandations visant à mettre à jour les lignes directrices relatives à cette maladie.

L'Agence a continué de collaborer avec les autorités sanitaires régionales dans tout le Canada afin de mettre en œuvre le Réseau canadien de renseignements sur la santé publique (RCRSP). Ce dernier a été élargi pour offrir davantage de ressources sur le Web, y compris des résumés des éclosions de maladies d'origine alimentaire et hydrique, une application Web du Programme national de surveillance des maladies entériques (PNSME), des données de surveillance syndromique, des outils de modélisation des maladies infectieuses ainsi que des données sur la surveillance du virus du Nil occidental. Le recours à une méthode spéciale d'extraction a permis d'intégrer les données du RCRSP aux bases de données sur la santé publique existant déjà au niveau fédéral, provincial et régional tout en respectant la confidentialité des données personnelles et les responsabilités des différents secteurs de compétence. De plus, le RCRSP a été mis à la disposition d'autres ministères liés à la santé publique, assurant ainsi une meilleure intégration intergouvernementale de manière à faciliter la collecte et le traitement des données de surveillance, la diffusion des renseignements stratégiques et la coordination des interventions nécessaires pour s'attaquer résolument à de telles menaces pour la santé publique.

Les tests microbiologiques spécialisés servant de référence et les recherches novatrices visant à améliorer la capacité du Canada d'identifier des virus, des prions et des bactéries reposent sur l'expertise mondialement reconnue de l'Agence en matière de sécurité biologique en laboratoire de même que sur le niveau élevé de confinement biologique assuré par le Centre scientifique canadien de santé humaine et animale à Winnipeg, où se trouvent le Laboratoire national de microbiologie de l'Agence (http://www.nml-lnm.gc.ca/francais/index.html) et le Centre national des maladies animales exotiques de l'Agence canadienne d'inspection des aliments.

Les laboratoires de l'Agence ont continué d'effectuer ces tests et de mener ces recherches, qui servent souvent à soutenir la surveillance et les enquêtes sur les éclosions. Par exemple, l'Agence fournit des services de diagnostic et de référence courants concernant une vaste gamme de pathogènes responsables de zoonoses, dont bon nombre ne font pas l'objet d'analyses à l'échelon provincial. Les données de surveillance en laboratoire renseignent sur la propagation, à l'échelle du Canada, d'affections comme la maladie de Lyme, la fièvre Q et le syndrome pulmonaire dû au hantavirus.

Des recherches novatrices exploitant des outils fondés sur le génome ont été entreprises afin de mettre au point des méthodes d'identification rapide des agents responsables des maladies (pathogènes). Citons par exemple le recours aux jeux ordonnés de microéchantillons pour le typage de la salmonelle.

Par la voie du Programme national de surveillance des maladies entériques (PNSME), l'Agence a continué de recueillir et de diffuser des données de laboratoire hebdomadaires sur les agents pathogènes gastro-intestinaux.

L'Agence a poursuivi l'analyse de l'incidence, du fardeau, des coûts et des facteurs de risque associés aux maladies infectieuses gastro-intestinales de même que l'étude du phénomène de la sous-déclaration des cas de ces maladies au Canada.

Par ailleurs, l'Agence a continué de produire, de condenser et de transmettre des renseignements d'origine scientifique dans le but de prévenir ou d'atténuer les risques pour la santé publique associés aux maladies infectieuses gastro-intestinales attribuables à l'interface entre les humains, les animaux et l'environnement. D'importants progrès ont été réalisés en ce qui touche le Programme intégré canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (PICRA). Les modifications apportées à la gestion des données ont permis d'établir un accès direct aux données les plus récentes en vue de la préparation de rapports et de la conduite d'analyses globales pour les intervenants (c'est-à-dire les gestionnaires du PICRA, les laboratoires provinciaux de santé publique et les laboratoires de santé des animaux participant au PICRA). Les données de surveillance fournies par le PICRA se sont avérées efficaces pour l'établissement de politiques. Par exemple, les groupes de l'industrie avicole du Québec ont interdit l'administration d'un antibiotique précis (le ceftiofur) à des poussins naissants ou des poussins d'un jour, réduisant ainsi la résistance aux médicaments tout en maintenant une option thérapeutique pour les humains.

En outre, l'Agence a continué d'assurer une coordination et d'offrir un soutien à l'échelon national en vue de la conduite d'enquêtes sur les éclosions de maladies d'origine alimentaire ou hydrique, d'une part, et du contrôle de telles éclosions d'autre part. Entre autres, elle a procédé à l'identification d'éclosions causées par des produits frais (par exemple, les épinards) ainsi qu'au retrait de tels produits du marché du détail.

Bref, en ce qui touche les maladies transmissibles de l'animal à l'homme (zoonoses), l'Agence a réalisé toutes les activités prévues dans le rapport sur les plans et les priorités 2006-2007, sauf en ce qui touche l'encadrement de l'élaboration d'un plan national d'urgence concernant la rage du raton laveur ainsi que la publication de lignes directrices parfaitement à jour sur la maladie de Lyme.

Autres activités liées à la prévention et au contrôle des maladies infectieuses

L'Agence s'est également employée à améliorer les programmes de biotechnologie, de génomique et de santé de la population en accroissant les capacités, les connaissances fondamentales et l'expertise technique afin d'améliorer les mesures et les interventions visant à contrer les menaces nationales pour la santé publique.

UNE RÉUSSITE À SIGNALER :
L'hépatite enzootique au Kenya

En décembre 2006, le Kenya a été le théâtre d'une éclosion d'hépatite enzootique, maladie qui frappe les humains et les animaux. Le ministère de la Santé du Kenya a demandé l'aide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui s'est empressée de demander l'appui du *Laboratoire national de microbiologie* de l'Agence pour établir un laboratoire mobile de diagnostic. En janvier 2007, cinq scientifiques de l'Agence ont été retenus pour prendre part à la mission. Au Kenya, ils ont été déployés dans le district de Garissa, foyer de l'éclosion. L'équipe de l'Agence a orienté l'effort de surveillance de l'hépatite enzootique à partir des établissements de santé, des laboratoires et des collectivités. De plus, une aide a été offerte pour la gestion, l'analyse, l'interprétation et la diffusion des données de surveillance. Pareil travail s'inscrit dans l'engagement de l'Agence d'apporter son concours dans des situations d'urgence en santé publique partout dans le monde. Le Canada s'en trouvera mieux préparé pour affronter de semblables situations.

Groupe d'experts des laboratoires canadiens de santé publique

L'Agence a continué de remplir les fonctions de représentant officiel du gouvernement fédéral auprès du Groupe d'experts des laboratoires canadiens de santé publique du Réseau de santé publique, tout en offrant un soutien sur le plan des fonctions de secrétariat et des politiques de même qu'un soutien technique et financier. Le rôle de ce groupe d'experts consiste à exercer un leadership marqué au regard des fonctions que remplissent les laboratoires de santé publique, d'une part en créant un réseau proactif de laboratoires de santé publique à l'échelon fédéral et provincial et d'autre part en fournissant des orientations stratégiques en matière de recherche scientifique et de diagnostic en vue de protéger la santé des Canadiens.

Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques

Prévues (en millions de dollars)	Autorisations (en millions de dollars)	Réelles (en millions de dollars)
284,7	222,6*	211,3**

* L'écart entre les dépenses prévues et les autorisations correspond d'une part à l'affectation, à Santé Canada plutôt qu'à l'Agence, de crédits de 51 millions de dollars destinés à la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer et, d'autre part, à d'autres réaffectations de crédits totalisant 11,1 millions de dollars.

** L'écart de 11,3 millions de dollars entre les autorisations et les dépenses réelles comprend une différence d'environ 8,0 millions de dollars attribuable à des contraintes liées aux locaux, à la dotation et à la passation de marchés, lesquelles ont fait obstacle à l'atteinte de niveaux d'effectifs et d'activités budgétés. (De cette somme, environ 2,6 millions de dollars ont trait à la *Stratégie intégrée sur les modes de vie sains et les maladies chroniques*.) De plus, l'organisation régionale de l'Agence a été incapable d'utiliser comme prévu une enveloppe de 2,3 millions de dollars visant à soutenir des projets de démonstration. En outre, des crédits de 1,0 million de dollars réservés pour le lancement de ParticipACTION n'ont pu servir à cette fin.

L'approche globale de l'Agence en matière de promotion de la santé et de maladies chroniques rassemble les organisations non gouvernementales, les experts, les provinces et territoires ainsi que les collectivités en vue d'améliorer la santé des Canadiens, de prévenir les blessures et de réduire l'incidence des maladies chroniques les plus fréquentes telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les maladies respiratoires.

Au Canada, le fardeau associé aux maladies et aux décès évitables s'alourdit, ce qui réduit la qualité de vie et augmente les délais d'attente pour l'obtention de soins, mettant ainsi en péril la viabilité du système de santé. Si les maladies chroniques demeurent la principale cause de mortalité et d'incapacité au Canada, il y aurait moyen d'éviter jusqu'à deux décès ou incapacités sur trois qui surviennent prématurément. Les initiatives de promotion de la santé et de réduction des risques peuvent jouer un grand rôle dans l'atténuation des effets des maladies chroniques.

Chaque personne présente des facteurs qui déterminent son risque de maladie chronique. Certains facteurs, comme le patrimoine génétique, l'âge et le sexe, ne peuvent être modifiés. Cependant, pour une grande majorité de Canadiens (jusqu'à 80 % d'entre eux), il suffirait d'apporter certains changements à l'égard d'un ou plusieurs facteurs de risque modifiables — par exemple, une mauvaise alimentation, un poids nuisible pour la santé, le manque d'activité physique ou le tabagisme — pour améliorer la santé et réduire le risque de maladie chronique. L'obésité est particulièrement préoccupante. Ainsi en 2004, environ 65 % des hommes et 53 % des femmes ne

maintenaient pas un poids santé, et on évaluait à 26 % la proportion d'enfants et de jeunes âgés de 2 à 17 ans qui présentaient un excédent de poids ou souffraient d'obésité.

À mesure que la population canadienne vieillit, les taux de diabète, de cancer et de maladies cardiovasculaires devraient augmenter, surtout si les taux d'obésité continuent de grimper. Sans des mesures ciblées et intégrées, ces affections et autres maladies chroniques continueront d'imposer un fardeau exceptionnel aux Canadiens et à leur système de soins de santé.

L'Agence appuie la mise au point d'outils et de ressources pouvant servir aux collectivités et aux professionnels de la santé afin d'améliorer la santé et de prévenir et contrôler les maladies chroniques. L'Agence facilite la collaboration, le réseautage, le renforcement des capacités et l'exercice d'un leadership dans le cadre des efforts déployés à l'échelle du gouvernement pour faire progresser les dossiers, et ce, dans le but de bâtir un pays plus sain, de réduire les inégalités en matière de santé et de favoriser la viabilité du système de soins de santé au Canada. Depuis sa création en 2004, l'Agence a eu un impact positif sur l'enrichissement des connaissances relatives aux maladies chroniques au Canada. De plus, elle a influencé les décideurs et les professionnels de la santé pour qu'ils adoptent une approche plus homogène et mieux coordonnée en matière de promotion de la santé et de contrôle des maladies chroniques.

Stratégie intégrée sur les modes de vie sains et les maladies chroniques

A. *Maladies chroniques*

CE QUI ÉTAIT PRÉVU

L'Agence avait prévu de mettre en œuvre la Stratégie intégrée sur les modes de vie sains et les maladies chroniques au moyen de l'enveloppe de 300 millions de dollars, répartie sur cinq ans, rendue publique en septembre 2005, et ce, avec le concours des autres membres du portefeuille de la Santé, des ministères et organismes fédéraux ainsi que de nombreux intervenants. À cette fin, l'Agence avait prévu de poursuivre la mise au point et la promotion de politiques et de programmes susceptibles d'améliorer la santé des Canadiens, d'atténuer les effets des maladies chroniques et d'agir sur les principaux déterminants de la santé. Elle entendait notamment recourir à des approches générales ou axées sur certaines maladies afin : de s'attaquer aux problèmes qui mènent à une mauvaise alimentation, au manque d'activité physique et à un poids nuisible pour la santé; de prévenir les maladies chroniques par des mesures concertées ciblant les affections les plus fréquentes et les facteurs de risque connexes; ainsi que d'appuyer le dépistage et la prise en charge précoces des maladies chroniques.

Dans le cadre de cette démarche, l'Agence avait prévu :

- de poursuivre son travail avec les intervenants et les experts en vue de créer un Observatoire des pratiques exemplaires qui inclurait un large éventail d'interventions à l'échelle des collectivités;
- de collaborer avec les organisations non gouvernementales, les experts, les provinces et les territoires pour mettre en œuvre des priorités communes dans le domaine de la surveillance des maladies chroniques, y compris des indicateurs sur la nature et l'étendue des problèmes de santé ainsi que sur les facteurs auxquels on devrait s'attaquer pour améliorer la santé de la population canadienne;
- d'évaluer les facteurs de risque liés aux maladies chroniques — notamment les facteurs comportementaux, sociaux et environnementaux — et de continuer d'appuyer l'élaboration soutenue d'initiatives de promotion de la santé ainsi que de prévention et de prise en charge des maladies chroniques.

CE QUI A ÉTÉ ACCOMPLI

Tous les dossiers prévus en 2006-2007 ont été traités avec succès.

En novembre 2006, l'Agence a procédé au lancement du Portail canadien des pratiques exemplaires visant la promotion de la santé et la prévention des

maladies chroniques. L'identification et l'utilisation des pratiques exemplaires sont des éléments importants pour la prestation d'interventions efficaces. Le Portail canadien des pratiques exemplaires (http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/index_f.cfm) propose une gamme de pratiques exemplaires fondées sur des preuves en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques. À tous les échelons, il soutient les décideurs qui travaillent dans les milieux de la pratique, des politiques ou de la recherche partout au Canada. À l'heure actuelle, le Portail est axé sur les interventions communautaires touchant les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les principaux facteurs de risque connexes, d'une part, ainsi que la promotion des modes de vie sains d'autre part. Les utilisateurs ont réagi très favorablement au Portail, tout comme les personnes ayant pris part aux séances de sensibilisation et aux démonstrations en direct de l'outil. Le Portail a accueilli 12 200 visiteurs distincts entre le 16 novembre 2006 — date de son lancement — et le 17 juillet 2007. Périodiquement, les utilisateurs proposent des pratiques exemplaires ou suggèrent d'autres ressources à afficher sur le site.

Au Canada, en matière de maladies chroniques, l'examen des tendances et des statistiques soutient les responsables des politiques et les chercheurs dans la prise de décisions éclairées et efficaces au sujet de la prévention, du contrôle et de la prise en charge des affections. L'Agence a élargi ses activités relatives à l'élaboration d'une approche nationale de surveillance des maladies chroniques, notamment :

- en discutant avec des groupes consultatifs nationaux d'intervenants en vue de mettre au point un cadre indicateur pour la surveillance des maladies chroniques (y compris les maladies mentales, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques et l'arthrite);
- en menant à terme cinq projets pilotes exploitant les bases de données administratives des provinces et des territoires (par exemple, les dossiers sur les congés d'hôpital ou la facturation des médecins) en vue de la surveillance des maladies mentales, de l'asthme, des maladies pulmonaires obstructives chroniques, de l'arthrite et de l'hypertension artérielle;
- en enrichissant l'Infobase de surveillance des maladies non transmissibles — un outil de surveillance Web (http://www.cvdinfobase.ca) — par l'intégration d'une gamme élargie de maladies et par l'ajout d'une composante permettant la conduite d'analyses à l'échelon régional, de manière que les intervenants de tous les secteurs de compétence au Canada aient accès à une base de données statistiques plus vaste sur les maladies chroniques;
- en constituant un groupe de travail sur la surveillance des maladies chroniques et des blessures, chargé d'examiner les lacunes observées sur le plan des données qui sont utilisées pour faire le point sur les maladies chroniques et leurs déterminants ainsi que pour décrire l'impact des politiques, des programmes et des services sur la santé de la population.

L'Agence a versé des subventions pour la recherche sur les facteurs de risque du diabète, y compris l'étude du nombre de Canadiens qui sont exposés à différents facteurs de risque. En enrichissant les connaissances sur l'impact des facteurs alimentaires, de l'activité physique et de l'obésité non seulement sur le diabète, mais aussi sur le cancer et les maladies cardiovasculaires, de telles études permettent aux représentants de la santé publique de planifier des interventions efficaces.

Le gouvernement fédéral a tiré parti des connaissances scientifiques de l'Agence pour fonder ses interventions dans différents domaines, dont l'obésité et les troubles de l'alimentation, les orientations stratégiques et les priorités relatives aux aliments, les allusions à la santé dans l'étiquetage des aliments, l'élaboration d'indicateurs nutritionnels ainsi que la révision des normes canadiennes de surveillance de la croissance. Conjointement, ces efforts ont fait en sorte que les politiques, les programmes, les renseignements et les services associés à la surveillance et à l'évaluation des facteurs de risque s'inspirent des politiques et des pratiques en vigueur au pays ou à l'étranger et soient

attentifs aux besoins et aux préoccupations des Canadiens. En outre, l'Agence a travaillé avec Santé Canada au nouveau Guide alimentaire canadien, qui précise le lien entre les saines habitudes alimentaires (portions, choix santé) et la réduction du risque de maladie chronique.

L'Agence a publié Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural ? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé (http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/rural06/index_f.html), un rapport qui, d'une part, se penche sur les différences en matière de santé entre les Canadiens vivant en milieu rural et ceux vivant en milieu urbain et, d'autre part, aborde les inégalités et les désavantages auxquels sont confrontées les collectivités rurales au Canada. L'Agence a également publié Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006 (http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/index_f.html), un rapport qui sensibilise, renseigne et éclaire au sujet de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada. Né de la mise à jour d'un rapport publié en 2002, cet ouvrage renferme de nouveaux chapitres qui s'intéressent à la santé mentale, à la consommation problématique de drogues, à la dépendance au jeu ainsi qu'à l'hospitalisation.

L'Agence a poursuivi la mise au point d'un système amélioré de surveillance des maladies mentales. Dans cinq centres répartis dans tout le pays, des projets pilotes ont été réalisés en vue de formuler des définitions de cas pour les maladies mentales, à utiliser de concert avec les bases de données administratives des provinces et des territoires. Avec le concours de la Société canadienne de psychologie, des travaux ont été lancés pour créer une méthode de surveillance qui mise sur Internet pour recueillir des données auprès de psychologues œuvrant dans différents milieux cliniques. Des contacts ont été établis avec des entreprises qui gèrent des programmes de retour au travail et des prestations supplémentaires de maladie afin de fournir des données relatives aux conditions à exiger pour la maladie mentale, aux réclamations pour invalidité mentale de courte ou de longue durée ainsi qu'aux services à l'intention des psychologues.

Groupe d'experts sur la prévention et le contrôle des maladies chroniques et des blessures

L'Agence a continué de remplir les fonctions de représentant officiel du gouvernement fédéral auprès du Groupe d'experts sur la prévention et le contrôle des maladies chroniques et des blessures du Réseau de santé publique, tout en offrant un soutien sur le plan des fonctions de secrétariat et des politiques de même qu'un soutien technique et financier. Le rôle de ce groupe d'experts consiste à exercer un leadership marqué sur le plan de la prévention et du contrôle des maladies chroniques et des blessures en élaborant, en recommandant et en mettant en œuvre des politiques, des pratiques, des lignes directrices et des normes nationales, selon une perspective fédérale, provinciale et territoriale.

■ Maladies cardiovasculaires

Huit Canadiens sur dix présentent au moins l'un des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (c'est-à-dire l'hypertension artérielle, le tabagisme, le stress, l'obésité et le diabète). Par ailleurs, un Canadien sur dix présente trois facteurs de risque ou plus.

CE QUI ÉTAIT PRÉVU

De concert avec les autres membres du portefeuille de la Santé, les provinces et les territoires ainsi que certains intervenants clés, l'Agence avait prévu de travailler à l'établissement d'une stratégie pancanadienne sur les maladies cardiovasculaires et d'un plan d'action connexe.

CE QUI A ÉTÉ ACCOMPLI

En octobre 2006, le ministre de la Santé a annoncé l'octroi de crédits pour la mise au point d'un cadre sur la santé cardiovasculaire et pour la prise de mesures visant à assurer une surveillance de l'hypertension artérielle et des maladies cardiovasculaires au Canada. L'élaboration d'une stratégie pancanadienne sur les maladies cardiovasculaires et d'un plan d'action connexe a été entreprise, et des domaines d'intérêt commun ont été cernés, notamment le ren-

forcement des systèmes d'information, la prévention et le dépistage des principaux facteurs de risque, l'accessibilité aux soins en temps utile, le développement des connaissances et leur utilisation à des fins concrètes, les effets et les résultats des interventions ainsi que la santé cardiovasculaire des Autochtones et la santé cardiovasculaire indigène. L'Agence a participé à un accord de financement qui permet à la Fondation des maladies du cœur du Canada d'offrir un soutien administratif au groupe d'experts chargé de formuler la stratégie et le plan d'action.

Un comité consultatif d'experts sur l'hypertension artérielle a été créé pour fournir des connaissances scientifiques et une expertise à l'administrateur en chef de la santé publique. Des crédits ont été octroyés en vue de la conduite de projets de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle ayant reçu l'aval du comité en raison de leur contribution significative à la santé cardiovasculaire. Afin d'assurer une meilleure cohérence au niveau des rapports portant sur l'hypertension artérielle, l'Agence a mené des projets pilotes de surveillance, conçus pour favoriser la mise au point de nouvelles définitions de cas et de définitions de cas plus précises.

- **Diabète**

Environ deux millions de Canadiens vivent avec le diabète, et parmi eux jusqu'à une personne sur trois l'ignore peut-être. Le diabète de type 2 compte pour à peu près 90 % des cas, et la proportion d'individus atteints de cette maladie a augmenté de 27 % entre 1994 et 2000. Des preuves révèlent qu'il est possible d'éviter ou de retarder l'apparition du diabète de type 2 en changeant les modes de vie de manière à perdre du poids, à s'alimenter sainement et à faire de l'activité physique.

CE QUI ÉTAIT PRÉVU

L'Agence avait prévu de faire progresser les interventions relatives aux éléments non autochtones de la nouvelle Stratégie canadienne sur le diabète (http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/diabetes-diabete/francais/strategie/index.html) en collaborant avec l'Association canadienne du diabète, les provinces, les territoires et d'autres partenaires nationaux et internationaux en vue d'assurer une lutte coordonnée contre le diabète, de manière à obtenir les meilleurs effets tout en réduisant les chevauchements.

CE QUI A ÉTÉ ACCOMPLI

Des engagements permanents ont été pris en ce qui touche la création de partenariats, la prévention et le contrôle du diabète, la surveillance, la recherche, l'élaboration de programmes à l'échelle des collectivités ainsi que la coordination nationale des efforts. Les activités suivantes ont été réalisées :

- L'établissement de partenariats s'est poursuivi avec l'Association canadienne du diabète, la Fondation canadienne du rein, l'Institut national canadien pour les aveugles, la Fondation de la recherche sur le diabète juvénile de même que Diabète Québec. Ces partenaires ont participé à l'adoption d'orientations et de priorités nouvelles au regard de la Stratégie canadienne sur le diabète, soit la prévention du diabète parmi les groupes à risques élevés, le soutien d'approches permettant le dépistage précoce du diabète de type 2 ainsi que la réduction des complications subies par les personnes vivant avec le diabète de type 1 ou de type 2.
- Par la voie du Réseau de santé publique, des priorités ont été fixées avec les membres des provinces et des territoires en ce qui touche les programmes de lutte contre le diabète à l'échelle des collectivités.
- Le Système national de surveillance du diabète a été enrichi de manière à examiner diverses affections liées au diabète — entre autres l'insuffisance rénale, l'amputation et les maladies cardiovasculaires — de même qu'à stimuler la participation des membres des Premières nations à la surveillance des données sur le diabète chez les Autochtones.
- L'Agence a approuvé et financé 52 projets dotés d'un large éventail d'objectifs, y compris : le renforcement des capacités, des connaissances, de la sensibilisation et de l'information dans les collectivités; l'évaluation des risques de diabète; l'identification et la diffusion d'interventions associées à la prévention et au contrôle; ainsi que la conduite d'études pilotes de dépistage auprès du public et des groupes vulnérables.

UNE RÉUSSITE À SIGNALER :
Primer to Action

Les efforts de promotion de la santé se heurtent au défi constant posé par l'élaboration de programmes qui répondent aux besoins des groupes marginalisés et tiennent compte d'obstacles tels que la pauvreté et l'isolement social. Avec l'appui financier de la Stratégie canadienne sur le diabète de l'Agence, l'Ontario Chronic Disease Prevention Alliance a produit un document qui aidera les intervenants en santé publique à mettre au point des programmes et des politiques plus efficaces pour lutter contre les maladies chroniques.

Intitulée *Primer to Action: Social Determinants of Health*, cette ressource aide les professionnels de la santé, les travailleurs non spécialistes, les bénévoles et les activistes à découvrir l'impact des déterminants sociaux de la santé sur les maladies chroniques et à saisir la nécessité de considérer ces déterminants lors de la conception des programmes et des politiques.

■ Cancer

Le cancer est la principale cause de décès prématuré au Canada. On évalue à 72 700 le nombre de décès associés à cette maladie en 2007. Par ailleurs, on s'attend à recenser 159 000 nouveaux cas de cancer en 2007, une augmentation de 6 800 par rapport aux estimations du nombre de nouveaux cas en 2006.

CE QUI ÉTAIT PRÉVU

L'Agence avait prévu de diriger la mise en œuvre de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (SCLC) (http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,,3172_335265__langId-fr,00.html) afin d'aider à l'amélioration des activités de dépistage, de prévention et de recherche en matière de cancer, d'une part, et de faciliter la coordination des interventions avec les provinces, les territoires et les groupes de promotion des soins pour les victimes de cancer d'autre part. Les principaux objectifs de la SCLC sont de réduire le nombre de nouveaux cas de cancer, d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le cancer et de réduire les risques de mortalité liés à cette maladie au Canada.

En termes d'activités relatives au cancer, l'Agence avait aussi prévu de travailler avec les intervenants à un large éventail de questions liées au cancer du sein, allant de la prévention aux soins palliatifs, par le biais de l'Initiative canadienne sur le cancer du sein. En outre, en participant au Programme canadien de surveillance et de lutte contre le cancer chez les enfants, l'Agence entendait examiner les répercussions du cancer infantile sur le système de soins de santé canadien et s'attaquer aux lacunes observées sur le plan des connaissances.

CE QUI A ÉTÉ ACCOMPLI

En plus d'être un intervenant clé de l'élaboration de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (SCLC), l'Agence a offert un soutien aux groupes d'action connexes, sur le plan des fonctions de secrétariat. En novembre 2006, le premier ministre a annoncé la création du Partenariat canadien contre le cancer (PCCC), entité autonome sans but lucratif qui sera chargée de mettre en œuvre la SCLC. En plus de maintenir son appui aux travaux des groupes d'action, l'Agence a facilité la passation des pouvoirs relatifs à la SCLC à la nouvelle entité. Dans le cadre de cette passation, l'Agence a fourni des crédits pour que les organismes autochtones nationaux puissent renforcer leur capacité de participer à la SCLC.

L'Agence a contribué de manière importante à la publication des *Statistiques canadiennes sur le cancer 2007*, avec le concours de la Société canadienne du cancer et de Statistique Canada. En plus de communiquer des renseignements à jour sur l'incidence du cancer et sur la mortalité par cancer, ce document examine les tendances associées à la maladie. *Le cancer chez les jeunes adultes au Canada*, publication conjointe de l'Agence et d'Action Cancer Ontario, fait le point sur les questions relatives à l'exposition des jeunes adultes aux substances carcinogènes. Ces rapports axés sur l'enrichissement des connaissances ont été produits dans le but de stimuler la recherche, d'appuyer la prise de décision et de favoriser la planification des soins de santé.

L'Agence a conçu et dispensé des modules de formation à l'échelle provinciale en ce qui touche la cueillette, dans les registres du cancer des provinces

et des territoires, de renseignements par stade pour le cancer du sein, le cancer de la prostate, le cancer colorectal, le cancer du poumon et le cancer de la tête et du cou. Cette formation a contribué à améliorer la cohérence des rapports produits dans tout le pays, permettant de brosser un tableau plus précis des stades observés à l'échelon national ainsi que de renforcer les capacités des registres provinciaux en matière de classification par stade.

Les délais d'attente, la qualité de la vie et l'utilisation des services de santé sont autant de priorités de la planification des soins de santé au Canada. Avec le concours de collaborateurs, l'Agence a entrepris et terminé des études portant sur ces sujets, en rapport avec les enfants et les adolescents atteints du cancer.

Tout en continuant de financer les projets portant sur le cancer du sein, l'Agence a consulté les intervenants clés de ce secteur afin d'assurer la pertinence, l'opportunité et l'efficacité permanentes de ses activités de renforcement des capacités à l'échelle des collectivités — élément essentiel de la connaissance des besoins des organismes communautaires qui offrent aux Canadiens des services de dépistage et de prise en charge du cancer. En vue de cerner les besoins relatifs aux programmes, l'Agence a recueilli et examiné des données sur les besoins et priorités des collectivités en matière d'aide à la prise de contact pour des groupes variés, établi des partenariats durables à l'appui de réseaux et de coalitions ainsi que coordonné les besoins d'information des personnes atteintes d'un cancer du sein avancé.

Principale composante de l'Initiative canadienne sur le cancer du sein, l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer du sein (ACRCS) a fait l'objet d'une évaluation indépendante fructueuse. L'étude, qui pouvait compter sur un comité de révision externe, a formulé des constats très favorables à propos des réalisations de l'ACRCS.

Politiques internationales relatives aux maladies non transmissibles

En termes d'activités internationales, l'Agence loge le Centre de collaboration sur les politiques relatives aux maladies non transmissibles de l'OMS (CCOMS), dont la direction scientifique est assurée par l'administrateur en chef adjoint de la santé publique. Seul centre collaborateur sur les politiques relatives aux maladies non transmissibles (MNT) de tout le continent américain ou européen, le Centre de collaboration de l'OMS à l'Agence constitue aujourd'hui un centre mondial d'excellence en ce qui touche l'analyse de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques relatives aux maladies chroniques.

Conjointement avec l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), le CCOMS a dirigé la création de l'Observatoire des politiques relatives aux maladies non transmissibles. Ce dernier a pour but d'appuyer la formulation et la mise en œuvre de politiques plus efficaces en matière de MNT ainsi que d'établir une vigoureuse collaboration internationale et multisectorielle en vue de la conception et de l'implantation de politiques visant la prévention des MNT. Au cours de la dernière année, l'observatoire a stimulé la capacité technique d'analyse des politiques dans différents pays des Amériques, dont le Costa Rica et le Brésil, de même que dans certains pays d'Europe tels que la Russie, la Slovénie et l'Espagne.

Par l'entremise de l'administrateur en chef adjoint de la santé publique, le CCOMS coordonne les activités d'un groupe de travail international sur les politiques relatives aux maladies non transmissibles. À cet égard, au cours de la dernière année, il a offert un soutien technique en vue de la formulation de la Stratégie régionale européenne et du plan d'action ciblant les maladies chroniques ainsi que du plan d'action régional de l'OPS portant sur ces affections. De plus, il a appuyé la mise au point d'études de cas et de consultations stratégiques portant sur les maladies chroniques, et ce, dans différents pays du continent européen ou américain qui participent au réseau régional de l'OMS pour les maladies chroniques, notamment l'initiative Conjunto do Acciones para la Reduccion Multifactorial de las Enfermedades No Tranmisibles (CARMEN) et le Programme national intégré de prévention des maladies non transmissibles (PNIPMNT).

Le CCOMS a joué un rôle important dans la rédaction d'un cadre de coopération sur les maladies

chroniques et dans l'entérinement de ce cadre par l'OMS et le Canada. Le cadre a pour objectif de promouvoir des interventions conjointes visant à renforcer la lutte mondiale contre les maladies chroniques. Les domaines où s'exerce la coopération sont l'élaboration et l'évaluation des politiques, la formulation et la diffusion de pratiques exemplaires, la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ainsi que la prévention et le contrôle du cancer.

B. Stratégies en matière de modes de vie sains

La recherche a démontré que l'activité physique et la saine alimentation jouaient un rôle déterminant dans l'amélioration de la santé ainsi que dans la prévention des maladies, des incapacités et des décès prématurés. Pourtant, le manque d'activité physique et la mauvaise alimentation continuent de progresser au Canada, au même titre que les taux d'obésité. L'obésité exacerbe presque toutes les affections physiques, contribuant de manière notable à l'incidence des complications touchant les maladies chroniques. De plus, l'obésité risque d'avoir un effet nocif sur la santé mentale. En collaborant avec les partenaires et les autres ordres de gouvernement, l'Agence s'engage à promouvoir des politiques qui améliorent les possibilités de faire de l'activité physique et de s'alimenter sainement et qui aident les Canadiens à poser des choix santé.

CE QUI ÉTAIT PRÉVU

En 2006-2007, l'Agence avait prévu de collaborer avec les membres du portefeuille de la Santé, avec d'autres ministères et organismes fédéraux et avec différents intervenants en vue de promouvoir la santé des Canadiens. À cette fin, elle comptait s'attaquer aux problèmes qui mènent à une mauvaise alimentation, au manque d'activité physique et à un poids nuisible pour la santé, par le biais des mesures suivantes :

- l'attribution de fonds au secteur bénévole pour l'aider à développer et à partager des connaissances et à renforcer ses capacités à l'échelon régional, national et international;
- une participation au Consortium conjoint pour les écoles en santé afin de promouvoir la santé des enfants et des jeunes en milieu scolaire;
- la promotion de la collaboration et d'un meilleur échange d'information entre les secteurs et les autorités législatives, par le biais du Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains.

CE QUI A ÉTÉ ACCOMPLI

En 2006-2007, l'Agence a adopté un train de mesures pour faire avancer son programme de promotion de la santé axé sur les modes de vie sains :

- Entré en vigueur le 1er janvier 2007, le Crédit d'impôt pour la condition physique des enfants (CICPE) établit un contexte économique propice à la pratique régulière de l'activité physique. L'Agence a contribué à une campagne publicitaire à l'aide d'imprimés et sur le Web afin de faire connaître le nouveau CICPE aux Canadiens et de promouvoir la participation des enfants et des jeunes à des programmes d'activité physique et de sport.
- En 2006, l'Agence a annoncé que le gouvernement fédéral continuerait d'appuyer l'initiative ParticipACTION, qui lancera une campagne d'information et de marketing pour promouvoir l'atteinte des objectifs du gouvernement fédéral en matière de communications touchant l'activité physique et la saine alimentation. Le ministère du Patrimoine canadien (Sport Canada) octroie également une aide fédérale à ParticipACTION.
- L'Agence a versé des crédits à quatorze organisations non gouvernementales pour qu'elles procèdent à des évaluations poussées de leurs projets et s'assurer ainsi qu'ils aient tous les effets souhaités. Les évaluations poussées prévoyaient des activités telles que : l'examen des données de base sur le rendement des différents projets; l'identification de pratiques exemplaires associées aux interventions favorisant les modes de vie sains; la mesure de l'évolution des connaissances et de la sensibilisation à l'égard du lien entre l'activité physique et une croissance et un développement sains ainsi que la mesure de l'acceptation et de

l'utilisation permanentes des ressources; et l'identification et la mesure de méthodes efficaces pour diffuser les travaux de recherche fondés sur des preuves en matière d'activité physique, dans le but de mettre au point des ressources conviviales à l'intention des praticiens et des organismes œuvrant au niveau de la collectivité.

- En 2006, l'Agence a aussi élaboré un cadre pour la conclusion d'ententes bilatérales avec les gouvernements des provinces et des territoires au sujet de l'activité physique et de la saine alimentation, en fonction d'activités servant les intérêts mutuels des parties.
- Par le truchement de l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie (ICRCPMV) (www.cflri.ca), l'Agence a appuyé le Programme de données repères sur l'activité physique, qui surveille les changements dans la pratique populaire de l'activité physique, de même que l'analyse (faite par l'Institut) des résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, laquelle renferme des questions sur l'activité physique.
- Par le biais du Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine (http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/guideap/index.html), l'Agence a continué de diffuser et de promouvoir des lignes directrices en matière d'éducation physique à l'intention des enfants, des jeunes, des adultes et des aînés. Entre avril 2006 et mars 2007, 2 751 446 exemplaires des guides et des ressources connexes ont été distribués aux Canadiens et à l'étranger.
- L'Agence a aussi coopéré avec les provinces et les territoires pour mettre en œuvre les initiatives saisonnières hiverACTIF et étéACTIF (http://www.summeractive.org/fr/index.php?section) qui, d'une part, sensibilisent les Canadiens aux premiers gestes qu'ils peuvent poser pour améliorer leur santé et, d'autre part, encouragent les interventions communautaires axées sur les possibilités qui s'offrent à l'échelon local pour favoriser l'activité physique, la saine alimentation et d'autres comportements sains.
- L'Agence a participé à différents groupes de travail chargés de superviser l'élaboration d'enquêtes sur la santé, y compris l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, pour s'assurer qu'elles continuent de proposer et d'élaborer des contenus pertinents pour la surveillance de l'activité physique.
- L'Agence a conçu et réalisé une campagne publicitaire fructueuse, axée sur la promotion des modes de vie sains avant et pendant la grossesse. Lancée en février 2007 et ciblant les femmes âgées de 18 à 29 ans, la campagne faisait appel à des médias de publicité extérieure, soit des affiches dans le transport en commun, les cabinets de médecin et les bars et restaurants ainsi que des bandeaux publicitaires sur le Web. La publicité incitait les femmes à s'informer sur la grossesse en santé en composant le 1-800-O-Canada ou en visitant le site www.canadiensensante.ca — point d'accès intégré à un éventail de renseignements faisant autorité sur le sujet. Bien que la campagne se soit échelonnée sur à peine six semaines, des résultats d'enquête révèlent qu'elle a rejoint une part appréciable (28 %) du public cible. Dans le cadre de la campagne, l'Agence a également produit et diffusé 230,000 exemplaires imprimés ou électroniques du *Guide pratique d'une grossesse en santé*.

L'Agence est chargée de coprésider le Groupe des modes de vie sains (GMVS), qui relève du Conseil du Réseau pancanadien de santé publique (fédéral-provincial-territorial), et de lui offrir un soutien sur le plan des fonctions de secrétariat par l'entremise du Groupe d'experts de la promotion de la santé de la population (à qui l'Agence offre aussi un soutien sur le plan des fonctions de secrétariat et des politiques). Le GMVS a pour mandat de faire le point sur l'atteinte des cibles et des résultats énoncés dans la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains. En 2006, deux groupes de travail ont été créés pour appuyer les travaux du GMVS, l'un portant sur l'évaluation, l'autre sur les inégalités.

Le GMVS continue d'exercer un leadership pour le Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie

sains, et il veille à confirmer le bien-fondé et les principes directeurs de la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains. Le Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains est un réseau virtuel qui rassemble les grands joueurs de tous les secteurs et de tous les gouvernements afin de mener des activités dans le domaine et ainsi faire avancer la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains.

Tirant parti de son association avec le Consortium conjoint pour les écoles en santé (CCES), l'Agence a continué de promouvoir la saine alimentation et l'activité physique en milieu scolaire. Le CCES exerce un leadership et favorise une approche coordonnée dans le domaine de la santé scolaire en incitant les secteurs de la santé et de l'éducation à collaborer. En 2006-2007, le CCES a mis au point des survols rapides et des résumés de connaissances préliminaires portant sur l'activité physique et la nutrition, en vue de les partager avec les provinces et les territoires membres. De plus, deux événements ont été organisés à l'échelon pancanadien : une conférence nationale sur la santé scolaire ainsi qu'une réunion nationale sur les données et la surveillance qui s'est penchée sur la nécessité de fournir aux écoles une information fiable, opportune et régulière sur les programmes, les politiques et la santé des enfants d'âge scolaire.

RÉUSSITES À SIGNALER : INITIATIVES DE PARTENARIAT POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ PUBLIQUE ET LA PRÉVENTION

L'une des méthodes qu'emploie l'Agence pour appuyer les programmes de prévention dans tout le pays consiste à stimuler les processus efficaces de recherche et d'évaluation, de concert avec des organismes partenaires. Cette démarche donne des fruits, comme les démontrent les exemples suivants.

Appui de l'évaluation des programmes de nutrition

Le Bureau régional de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest de l'Agence a financé Les diététistes du Canada pour que cet organisme examine et rassemble une série d'instruments fiables servant à l'évaluation de la nutrition et des connaissances connexes. Grâce à ce projet, les praticiens dans les collectivités jouiront d'un meilleur accès à des outils de cueillette de renseignements de grande qualité, à utiliser pour mesurer l'impact des interventions sur les connaissances et les comportements alimentaires (par exemple, l'apport nutritionnel). Les résultats de cette initiative seront diffusés auprès des réseaux d'évaluation à l'Agence et d'autres réseaux associés aux maladies chroniques ainsi qu'auprès des projets financés par l'Agence.

Affiliation des sociétés et des organismes de service multiculturels

L'Agence a démarré et financé un projet intitulé *Promoting Healthy Living in BC's Multicultural Communities* en vue de cerner l'état de santé et les besoins en santé publique des communautés culturelles de la Colombie-Britannique. Le projet a créé des outils, des ressources et des répertoires pour faciliter l'accès de ces collectivités aux renseignements et aux services ayant trait à la santé. Des foires sur la santé multiculturelle ont été organisées pour favoriser la rencontre des professionnels et des citoyens, aux fins du partage et de la fructification de leurs informations et ressources mutuelles dans ce domaine. Le projet a établi des partenariats avec les ministères et les autorités sanitaires de la province, les administrations municipales, le secteur privé et de nombreuses organisations non gouvernementales. Grâce au projet, les organismes britanno-colombiens pourront, d'une part, saisir plus facilement les questions relatives à la santé qui se posent dans les diverses communautés culturelles de la province et, d'autre part, élaborer des programmes et des politiques plus efficaces (www.amssa.org/multiculturalhealthyliving/).

Autres initiatives de promotion de la santé

- **Enfants et adolescents**

CE QUI ÉTAIT PRÉVU

Afin de continuer d'exercer un leadership, de participer à l'enrichissement et au partage du savoir et de mettre en œuvre des programmes à l'échelle des collectivités, l'Agence avait prévu de réaliser les activités suivantes :

- la poursuite de la prestation d'une gamme variée de programmes communautaires à l'intention des femmes, des enfants et des familles;
- un apport à la mise en œuvre, à l'échelle du continent américain, de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant;
- le développement et l'échange de connaissances sur la santé des enfants et des adolescents.

CE QUI A ÉTÉ ACCOMPLI

En 2006-2007, l'Agence de la santé publique du Canada a continué d'offrir des services efficaces de promotion de la santé destinés aux femmes enceintes, aux enfants et aux familles à risque d'afficher de piètres résultats pour la santé, et ce, par la voie de trois programmes à l'échelle des collectivités :

- Dans le cadre du Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE), l'Agence a octroyé un financement à des groupes communautaires pour qu'ils offrent des programmes de promotion de la santé à des enfants vulnérables âgés de 6 ans ou moins.
- Dans le cadre du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), l'Agence a financé des organismes communautaires pour venir en aide aux femmes enceintes à risque et leur faciliter l'accès aux services de santé. En appuyant ainsi quelque 50 000 femmes, l'Agence a, selon les estimations, rejoint 60 % des femmes enceintes à faible revenu, 37 % des femmes enceintes autochtones et 40 % des mères adolescentes donnant naissance à des enfants vivants au Canada.
- Dans le cadre du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques, l'Agence a financé des organismes autochtones locaux offrant des programmes de promotion de la santé aux enfants hors-réserve âgés de 6 ans ou moins.

Au nom du ministre de la Santé, et conjointement avec le ministère de la Justice, l'Agence a continué de diriger les efforts du gouvernement fédéral concernant les questions traitées dans la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant. Avec le concours de l'Institut interaméricain de l'enfant, un institut spécialisé de l'Organisation des États américains, l'Agence a contribué à la mise en œuvre de la Convention à l'échelle de tout le continent américain.

Par le biais de l'initiative des Centres d'excellence pour le bien-être des enfants, l'Agence a continué de produire des renseignements à jour sur le bien-être des enfants et de diffuser ces renseignements à un vaste réseau de publics cibles — familles, fournisseurs de services, groupes communautaires et décideurs. L'Agence a mis au point des outils pratiques de promotion de la santé et fourni des conseils à tous les ordres de gouvernement et aux organisations internationales quant au développement de la petite enfance, aux enfants ayant des besoins spéciaux, à l'engagement des jeunes ainsi qu'au bien-être des enfants, dans le but de renforcer les politiques et les programmes axés sur les enfants, au Canada et à l'étranger.

Administrée par l'Agence, l'Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire (CLSE) a continué de contribuer à l'enrichissement des connaissances sur la santé des jeunes Canadiens et sur les comportements liés à leur santé. Cette base de données nationale pour la promotion de la santé est la seule qui s'intéresse à cette plage d'âge au Canada.

En outre, grâce à l'Initiative pancanadienne sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF), l'Agence a continué d'élaborer des connaissances appropriées aux différentes cultures et de rendre ces connaissances accessibles aux décideurs, en plus de fournir des outils, des ressources et une expertise dans tout le pays. Le programme

RÉUSSITES À SIGNALER :

Projets de promotion de la santé des enfants

En 2006-2007, le Bureau régional du Québec de l'Agence a mis au point un module de formation bilingue en vue de promouvoir la santé des enfants et d'appuyer la prévention de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF). Conçu pour mener à une accréditation, ce module de perfectionnement professionnel dote les médecins de ressources qui les aident à s'attaquer au problème de la consommation d'alcool chez les femmes en âge de procréer. Ses objectifs consistent à aider les participants à saisir les répercussions de l'alcoolisme fœtal et à perfectionner des compétences pour l'examen de la consommation d'alcool chez les femmes avant et pendant la grossesse. Pour inciter les médecins du Québec à prendre part au programme, la Memorial University de Terre-Neuve et l'Université Laval de Québec ont conclu un partenariat en vue de l'octroi d'une accréditation de niveau 1.

Réalisé par la Fondation des maladies du cœur du Québec, le projet *En route, en coeur*, qui cible les enfants d'âge scolaire, a reçu le soutien financier du Bureau régional du Québec de l'Agence. En 2006-2007, le projet a mis au point un programme éducatif sur le Web qui s'adresse aux étudiants du primaire et du secondaire et qui porte sur les modes de vie sains et le diabète. En outre, le projet a élaboré et produit des documents en vue d'une vaste campagne publicitaire ciblant les collectivités minoritaires de langue anglaise au Québec, y compris les collectivités autochtones en majorité situées en milieu rural, en zone éloignée ou dans les régions du Nord. Les outils conçus par le projet ont tous été mis à l'essai, évalués et traduits, et ce, pour les trois cycles du primaire. Le projet suscite un intérêt particulier auprès du milieu de l'éducation et de la santé, en rapport avec le programme Écoles en santé relevant du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec.

s'affaire à prévenir de futures naissances marquées par l'alcool de même qu'à améliorer les résultats obtenus par les personnes et les familles déjà touchées. À cette fin, il renforce les capacités du public et des professionnels, améliore les possibilités, propose des solutions efficaces de dépistage, de diagnostic et de communication des données, améliore la base de connaissances et l'échange de renseignements ainsi qu'accentue l'engagement envers la lutte contre l'ETCAF.

Vieillissement et personnes âgées

CE QUI ÉTAIT PRÉVU

L'Agence avait prévu de continuer d'exercer un leadership en matière de vieillissement en santé par le biais d'activités d'élaboration de politiques, de promotion de la santé, de recherche et d'éducation, d'établissement de partenariats et de diffusion de renseignements.

CE QUI A ÉTÉ ACCOMPLI

Le Canada et le monde ont été le théâtre d'événements démontrant les risques spéciaux auxquels sont confrontées les personnes âgées, qui constituent un groupe vulnérable lors de catastrophes. L'Agence a organisé l'Atelier international de Winnipeg sur les mesures d'urgence et les aînés, qui a eu lieu du 6 au 9 février 2007. Réunissant une centaine de spécialistes de la gérontologie, de la planification d'urgence et de la promotion de la santé provenant de neuf pays, l'événement a permis de planifier de futures interventions concertées. L'atelier a aussi contribué à intégrer davantage les personnes âgées aux politiques et aux pratiques en matière de planification d'urgence, en plus d'amorcer un important dialogue entre experts (dont des aînés) afin d'établir une connaissance commune des répercussions des désastres sur les personnes âgées ainsi que des mesures requises pour tenir compte des besoins et de l'apport possible de ces personnes en vue du rétablissement de leur collectivité. Les efforts de l'Agence dans ce domaine lui ont valu de recevoir un prix international, décerné en mai 2006 par la Reine Élizabeth II.

Le ministre de la Santé a profité de la tenue de l'atelier pour annoncer l'octroi de crédits pour un projet de l'Organisation mondiale de la santé intitulé

Aînés en situation d'urgence : participer à l'action humanitaire. Ce financement servira à appuyer les préparatifs qui sont faits dans le monde entier en vue de répondre aux besoins des personnes âgées lors de situations d'urgence.

Par ailleurs, de concert avec l'OMS, l'Agence a soutenu la recherche sur les « villes-amies » des aînés menée dans 32 collectivités du monde entier, dont quatre villes canadiennes, c'est-à-dire Saanich (Colombie-Britannique), Portage La Prairie (Manitoba), Sherbrooke (Québec) et Halifax (Nouvelle-Écosse). Avec le concours de huit provinces, l'Agence a aussi entrepris une étude semblable dans dix petites collectivités rurales, soit Alert Bay et Lumby (Colombie-Britannique), High Prairie (Alberta), Turtleford (Saskatchewan), Gimli (Manitoba), le canton de Bonnechere Valley (Ontario), la municipalité de Guysborough (Nouvelle-Écosse), Alberton (Île-du-Prince-Édouard) ainsi que Clarenville et Port Hope Simpson (Terre-Neuve et Labrador).

Santé mentale

CE QUI ÉTAIT PRÉVU

L'Agence avait prévu de continuer de faire avancer le dossier de la santé mentale dans l'ensemble du gouvernement.

CE QUI A ÉTÉ ACCOMPLI

En 2006-2007, l'Agence a soutenu les travaux du Groupe d'étude interministériel sur la santé mentale en vue de proposer des solutions pour améliorer l'état de santé mental des groupes qui relèvent de la compétence du gouvernement fédéral. L'Agence a aussi réagi à la publication, en mai 2006, du rapport final du Comité sénatorial rédigé par l'honorable Michael Kirby et intitulé *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. En outre, sur le plan des fonctions de secrétariat, l'Agence a continué d'offrir un soutien au Réseau consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé mentale (RCSM), un forum intergouvernemental axé sur la collaboration nationale et sur les interventions intersectorielles dans le domaine de la santé mentale et de la maladie mentale.

Violence familiale

CE QUI ÉTAIT PRÉVU

En 2006-2007, l'Agence avait prévu de continuer de jouer un rôle central dans les activités de sensibilisation et d'acquisition de connaissances au regard de la violence familiale.

CE QUI A ÉTÉ ACCOMPLI

Au nom de quinze ministères et organismes fédéraux et sociétés de la Couronne, l'Agence a assuré la direction et la coordination de l'Initiative de lutte contre la violence familiale ainsi que la gestion du Centre national d'information sur la violence dans la famille (http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/index.html). L'Initiative en question renforce l'action du système de justice pénale et des services de logement et de santé en matière de violence familiale. Elle favorise également la sensibilisation du public aux facteurs de risque de violence familiale et à la nécessité d'un engagement du public. En outre, l'Initiative appuie les efforts de cueillette de renseignements, de recherche et d'évaluation dans le domaine

Réseau canadien de la santé

CE QUI ÉTAIT PRÉVU

L'Agence avait prévu de continuer d'offrir le Réseau canadien de la santé, un service d'information clé qui appuie les interventions de l'Agence en vue d'édifier des collectivités en santé.

CE QUI A ÉTÉ ACCOMPLI

L'Agence a continué de financer vingt grands organismes de santé canadiens pour qu'ils dispensent le programme du Réseau canadien de la santé (RCS), lequel en a profité pour accroître sa portée et étendre ses mailles. Le 31 mars 2007, le bulletin *HealthLink/Bulletin santé* comptait plus de 69 000 abonnés, comparativement à moins de 27 000 un an plus tôt. En tout, 3 106 870 visiteurs ont consulté le site Web du RCS en 2006-2007.

Autres activités de promotion de la santé

Parmi les autres activités de promotion de la santé menées par l'Agence en 2006-2007, mentionnons les suivantes :

- Tablant sur la réussite du projet pilote *Dîners santé à emporter*, réalisé en 2005-2006, l'Agence a relancé cette initiative de marketing social en janvier 2007, date d'introduction du nouveau Guide alimentaire canadien 2007, y ajoutant des outils interactifs modernisés tels qu'une webémission et des astuces nutritionnelles quotidiennes transmises via courriel ou message alphabétique.
- L'Agence a financé l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, une organisation non gouvernementale canadienne, en vue de soutenir le Programme de données repères sur l'activité physique. Ce dernier est un outil d'information et d'analyse qui, depuis plusieurs années, surveille la pratique de l'activité physique au Canada. Le programme constitue également un modèle de collaboration et de partenariat à l'échelon fédéral-provincial-territorial.
- En matière d'activité physique et de saine alimentation, l'Agence a négocié des ententes bilatérales avec chacune des provinces et chacun des territoires. Ayant pour but de réduire les inégalités en matière de santé en s'attardant aux groupes vulnérables et aux milieux d'action connexes, ces ententes reflèteront les priorités conjointes du gouvernement fédéral, d'une part, et des gouvernements des provinces et des territoires d'autre part. En plus d'énoncer les priorités, les ententes donneront lieu à un financement jumelé, assuré par les deux ordres de gouvernement.
- L'Agence jouera un rôle stratégique dans la formulation du cadre d'action en milieu scolaire de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), élément important de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé de l'OMS. Le cadre d'action guidera avant tout les décideurs dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques qui favorisent la saine alimentation et l'activité physique à l'école, par la voie de changements touchant l'environnement, les comportements et l'éducation.
- L'Agence a entrepris d'étudier s'il serait faisable d'entamer des consultations, en guise de première étape vers la possible création d'un système national de surveillance de l'autisme.

Outils et pratiques de santé publique

Un système de santé publique vigoureux doit compter sur de solides capacités en ressources humaines entre sphères de compétence, sur des systèmes efficaces de diffusion des connaissances et de l'information ainsi que sur un système de lois et de politiques en santé publique qui évolue en fonction des changements au niveau des besoins et des attentes de la population. L'Agence a fait un apport dans tous ces domaines par le biais des initiatives clés suivantes :

Renforcement des capacités des ressources humaines en santé publique

Prévues (en millions de dollars)	Autorisations (en millions de dollars)	Réelles (en millions de dollars)
10,9	10,8	10,4

CE QUI ÉTAIT PRÉVU

En 2006-2007, l'Agence entendait :

- appuyer le groupe de travail sur les ressources humaines en santé publique du Réseau pancanadien de santé publique dans sa démarche menant à l'élaboration d'un cadre pancanadien pour la planification des ressources humaines en santé publique;
- consulter des experts de tout le Canada au sujet des profils de compétences en santé publique;
- travailler avec des partenaires à la création de bases de données sur les ressources humaines en santé publique;
- augmenter fortement le nombre de stages offerts par le Programme canadien d'épidémiologie de terrain;

- ajouter des modules au programme *Amélioration des compétences en santé publique* et/ou améliorer les modules existants;
- offrir des bourses de formation pour promouvoir la formation scolaire en sciences appliquées de la santé publique;
- avec le concours des universités, élaborer des lignes directrices à l'appui de programmes de maîtrise en sciences appliquées de la santé publique;
- préparer un plan complet de perfectionnement professionnel à l'intention de son personnel.

CE QUI A ÉTÉ ACCOMPLI

En 2006-2007, l'Agence a continué d'appuyer le groupe de travail sur les ressources humaines en santé publique du Réseau pancanadien de santé publique. Un groupe de travail sur le dénombrement a été créé pour s'attaquer aux restrictions que comportent les données sur les effectifs en santé publique à l'échelon régional, provincial et national. En principe, les intervenants — secteurs de compétence, professions, organismes nationaux responsables des données, partenaires fédéraux — ont convenu de collaborer avec l'Agence et avec le groupe de travail en vue d'aborder ces faiblesses.

En ce qui touche les compétences de base en santé publique, la formulation d'énoncés clairs permettra aux secteurs de compétence canadiens de renforcer les effectifs en santé publique. En 2006-2007, l'Agence a lancé des consultations portant sur ces compétences. Elle a notamment réalisé un sondage en ligne auquel ont pris part 1 606 répondants de tout le Canada. Des consultations régionales auprès du milieu de la santé publique de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan et du Manitoba ont contribué à cerner les possibilités, les défis et les stratégies de mise en œuvre ainsi qu'à définir les rôles et responsabilités. Pour faciliter l'examen de compétences liées à des professions précises, des efforts ont été déployés auprès de groupes professionnels de la santé publique, notamment les infirmières, les inspecteurs-hygiénistes/agents d'hygiène du milieu, les épidémiologistes, les médecins, les dentistes/hygiénistes dentaires, les nutritionnistes/diététistes ainsi que les promoteurs/éducateurs de la santé.

En plus de faire passer le nombre de participants de treize en 2005-2006 à quinze en 2006-2007, le Programme canadien d'épidémiologie de terrain (PCET) (http://www.phac-aspc.gc.ca/cfep-pcet/index_f.html) a, dans ses modules de formation, augmenté le nombre de places offertes aux praticiens en santé publique de l'extérieur. En outre, le PCET a réalisé un projet pilote fructueux portant sur un nouveau module axé sur l'examen rapide lors des interventions d'urgence complexes.

Afin de répondre aux besoins d'apprentissage des praticiens de première ligne en santé publique, l'Agence a lancé deux modules intitulés *Introduction à la surveillance de la santé publique* et *Épidémiologie appliquée – blessures*, ce qui porte à sept le nombre de modules associés au programme Amélioration des compétences en santé publique. D'autres nouveaux modules ont été mis à l'essai, dont *Communication efficace des données*, *Biostatistiques de base* ainsi que *Principes et pratiques de santé publique*. L'ajout de nouveaux modules et la connaissance accrue du programme ont fait progresser le nombre d'inscriptions; ainsi, 1 456 participants ont suivi au moins un module en 2006-2007. Par ailleurs, en vue de renforcer davantage les capacités, trente animateurs supplémentaires ont été formés pour la prestation en ligne.

En partenariat avec les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'Agence a octroyé des bourses de recherche et de doctorat et des bourses d'études et de perfectionnement à quinze candidats retenus, en plus d'offrir un financement à vingt universités au titre des programmes d'études de maîtrise en santé publique.

Dans le but d'élaborer un plan de perfectionnement professionnel complet pour les employés, un groupe de travail a été créé en vue d'examiner la formation requise pour soutenir la pratique de la santé publique par l'Agence. Par voie d'entrevues et de groupes de discussion, on a cerné les besoins de formation de groupes professionnels clés. L'Agence a conçu un

calendrier pilote d'apprentissage de la pratique en santé publique qui offre au personnel une formation — scolaire ou non — axée sur les compétences. Un site intranet site a été créé (*Apprentissage@PHAC*) pour regrouper les ressources d'apprentissage et de formation à l'Agence.

Bref, en ce qui touche le renforcement des capacités des ressources humaines en santé publique, l'Agence a réalisé toutes les activités prévues dans le rapport sur les plans et les priorités 2006-2007, à l'exception de la création de bases de données sur les ressources humaines en santé publique.

Systèmes d'information et de connaissances

Prévues (en millions de dollars)	Autorisations (en millions de dollars)	Réelles (en millions de dollars)
6,1	15,1*	15,1

* L'écart entre les dépenses prévues et les autorisations correspond au financement obtenu pour le Programme de contributions des Centres nationaux de collaboration.

CE QUI ÉTAIT PRÉVU

L'Agence avait prévu :

- de faire en sorte que le Système d'information en santé publique intégré (SISPi) demeure prêt à être utilisé en cas de pandémie, à l'aide de nouveaux modules de prise en charge des éclosions;
- de préparer une transition à *Inforoute* qui soit la plus harmonieuse possible pour les utilisateurs, une fois cette solution disponible;
- de promouvoir le Générateur de cartes en santé publique (GCSP);
- d'amorcer le travail préparatoire devant mener à l'élaboration d'un rapport annuel sur l'état de la santé publique.

CE QUI A ÉTÉ ACCOMPLI

Ces plans ont tous été réalisés, du fait que l'Agence élabore des renseignements à propos des systèmes d'information et de connaissances sur la santé publique en vue d'enrichir et d'échanger le savoir en cette matière, d'une part, et mise sur l'information et les connaissances pour prendre des mesures efficaces d'autre part.

L'Agence a maintenu son soutien à l'égard du SISPi et à continué d'assurer l'entretien de ce dernier, veillant à permettre l'accès au module de prise en charge des éclosions aux secteurs de compétence de tout le Canada. De plus, l'Agence s'est penchée sur le projet d'une stratégie de migration des données afin que les secteurs où le SISPi a été déployé puissent adopter la solution de remplacement prévue (Inforoute/Panorama).

Tout au long de l'exercice 2006-2007, l'Agence a fourni des ressources expertes au projet d'Inforoute électronique sur la santé publique (maintenant rebaptisé Panorama). En participant à différents forums — groupes de travail traitant de la conception, des normes pancanadiennes et de la mise en œuvre, comité directeur, comité de la gestion de produits, responsables conjoints de l'implantation — l'Agence a transmis le savoir tiré de travaux antérieurs relatifs à la conception d'applications fondées sur des outils de gestion de cas par des fonctionnaires fédéraux, provinciaux et territoriaux.

En mars 2007, on comptait 361 professionnels de la santé publique (ou « clients »), provenant de 141 organismes de santé publique de tout le Canada, qui tiraient parti des outils, des données, des services et de la formation associés à l'infrastructure de systèmes d'information géographique (SIG) de l'Agence (http://www.phac-aspc.gc.ca/php-psp/gis_f.html). Ces 361 clients étaient tous inscrits à l'Échange de cartes et données, un groupe de SIG en ligne. En dispensant des services de données et des services à référence spatiale, l'Agence a continué d'appuyer la conduite d'une gamme d'initiatives d'un océan à l'autre.

Le Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada confie à l'administrateur en chef de la santé publique le mandat de déposer au Parlement un rapport sur l'état de la santé publique au Canada. Le premier rapport du genre doit être présenté en janvier 2008 au plus tard. En 2006-2007, l'Agence a créé des groupes de travail chargés de mener des consultations, de rassembler l'information destinée au rapport et de fournir des conseils techniques. L'Agence a organisé des réunions consultatives d'intervenants internes et externes pour se pencher sur la formulation de positions, sur les leçons apprises et sur les inégalités en matière de santé. Elle a aussi lancé des recherches de fond, des exercices de structuration et des activités de conception axées sur le contenu, en plus d'entreprendre de vastes consultations auprès des intéressés.

Les six Centres nationaux de collaboration (CNC) en santé publique que finance l'Agence ont tous été mis en service :

Groupe d'experts en surveillance et en information

L'Agence a continué de remplir les fonctions de représentant officiel du gouvernement fédéral auprès du Groupe d'experts en surveillance et en information du Réseau de santé publique, tout en offrant un soutien sur le plan des fonctions de secrétariat et des politiques de même qu'un soutien technique et financier. Dans le domaine de la santé publique, ce groupe d'experts est chargé d'assurer une coordination et d'exercer un leadership en matière de surveillance, de cueillette, d'analyse et de partage des données ainsi que de diffusion des connaissances dans tout le Canada, et ce, selon une perspective fédérale, provinciale et territoriale.

Spécialisation des CNC	Endroit
Hygiène du milieu	BC Centre for Disease Control, Vancouver
Santé autochtone	University of Northern British Columbia, Prince George
Maladies infectieuses	Centre international pour les maladies infectieuses, Winnipeg
Méthodes et outils de santé publique	McMaster University, Hamilton
Politiques publiques et évaluation des risques	Institut national de santé publique du Québec, Montréal
Déterminants de la santé	St. Francis Xavier University, Antigonish

Les CNC ont établi des rapports avec les décideurs, les chercheurs et les praticiens en santé publique en procédant à des analyses du milieu portant sur les intervenants de leurs domaines prioritaires respectifs. Ils ont aussi participé à des forums éducatifs et des forums de recherche en vue de cerner les connaissances requises par les praticiens de première ligne en santé publique, de déterminer les lacunes à cet égard et d'établir des communautés de savoir. Les CNC ont collaboré entre eux et avec des partenaires externes pour produire des synthèses des recherches existantes, mettre au point des rapports et des outils destinés à leurs groupes d'utilisateurs ainsi que concevoir des approches de transmission du savoir, notamment en participant à des événements comme la conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique et le Cinquième symposium canadien Cochrane. Dans le cadre de leur mandat relatif à la transmission du savoir entre intervenants en santé publique, les CNC tiendront leur Deuxième institut d'été annuel en Nouvelle-Écosse, en août 2007.

Législation en matière de santé publique et politiques d'information

Prévues (en millions de dollars)	Autorisations (en millions de dollars)	Réelles (en millions de dollars)
3,3	3,3	3,2

CE QUI ÉTAIT PRÉVU

Des rapports d'experts découlant de la Commission Naylor (*Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada*) et de la Commission Kirby (*Réforme de la protection et de la promotion de la santé du Canada : Le temps d'agir*) pressent les intervenants fédéraux, provinciaux et territoriaux de collaborer à la mise au point d'accords qui permettraient d'assurer une surveillance efficace selon des normes et des pratiques communes pour le partage de l'information et les interventions en santé publique.

En 2006-2007, l'Agence avait prévu de continuer de participer activement, avec ses partenaires des provinces et des territoires, à l'harmonisation de la législation et à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques, de pratiques et de mécanismes qui, tout en respectant les renseignements personnels, contribuent à améliorer la cueillette, l'utilisation et l'échange de renseignements clés sur la santé aux fins de la prévention et du contrôle des maladies transmissibles ainsi que de la gestion des urgences sanitaires.

Le Règlement sanitaire international, adopté en 2005, souligne la nécessité d'un fondement juridique solide pour la pratique en santé publique parmi tous les ordres de gouvernement. Pareil fondement s'avère essentiel pour appuyer la capacité du Canada d'intervenir en cas de menaces nouvelles et réémergentes pour la santé publique. Afin de traiter cette question, l'Agence avait prévu d'organiser des activités comme des discussions et des ateliers spécialisés pour la diffusion des résultats de recherches et d'analyses ciblées portant sur la législation en matière de santé publique.

CE QUI A ÉTÉ ACCOMPLI

Ces plans ont été réalisés. L'Agence a produit des renseignements sur la législation en matière de santé publique et mis au point des politiques d'information. Elle a de plus enrichi et échangé le savoir dans ce domaine tout en misant sur l'information et les connaissances pour prendre des mesures efficaces.

En novembre 2006, l'Agence a joué un rôle important dans l'organisation de la Première conférence canadienne sur la santé du public et le droit, qui a réuni quelques-uns des spécialistes canadiens et internationaux les plus respectés de la législation en matière de santé publique. L'événement visait à faire le point sur les progrès réalisés et à réfléchir aux défis de l'avenir, y compris la planification en vue d'une pandémie. La conférence a permis de renforcer les capacités en santé publique en favorisant une connaissance accrue de l'application de divers instruments juridiques et moyens d'action en santé publique ainsi qu'en stimulant les rapports professionnels interdisciplinaires.

L'Agence a tenu des discussions et des ateliers spécialisés réunissant des organismes et intervenants clés des provinces, des territoires et du monde entier, dans le but de collaborer sur des enjeux partagés, de cerner des problèmes communs et de diffuser les résultats de recherches et d'analyses ciblées portant sur la législation en matière de santé publique. En outre, l'Agence a collaboré avec de grands chercheurs dans le domaine et partagé les fruits de ces travaux par le truchement du Réseau d'amélioration de la réglementation en santé publique.

En prenant l'initiative d'animer la Première table ronde canadienne sur l'éthique en santé publique et en collaborant au projet, l'Agence a participé activement aux efforts visant à mieux intégrer les questions d'éthique à la prise de décision en santé publique.

Initiatives stratégiques et développementales

Prévues (en millions de dollars)	Autorisations (en millions de dollars)	Réelles (en millions de dollars)
12,9	12,8	12,3*

* Les dépenses réelles ont été de 0,5 million de dollars inférieures aux autorisations en raison de contraintes techniques et de contraintes de capacité.

L'Agence de la santé publique du Canada sait que les initiatives stratégiques et développementales sont nécessaires pour soutenir l'atteinte de ses priorités et la poursuite des efforts en vue d'améliorer la santé publique.

CE QUI ÉTAIT PRÉVU

L'Agence entendait :

- continuer de dispenser des programmes de surveillance de la plus haute importance, avec le concours d'autres organisations dont l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS);
- continuer d'appuyer le Réseau pancanadien de santé publique en créant des groupes de travail intersectoriels dans les domaines prioritaires et en poursuivant la mise au point d'accords conjoints visant le partage des renseignements, des installations et du personnel lors des urgences sanitaires;
- dresser le profil du milieu de la santé publique au Canada en prévision de l'élaboration concertée d'une Stratégie pancanadienne de santé publique;
- collaborer avec Santé Canada pour renforcer son partenariat avec l'Organisation mondiale de la santé, à l'appui de la nouvelle Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé (DSS);
- coordonner l'établissement, avec Santé Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada, d'un plan pour le portefeuille de la Santé afin de promouvoir l'adoption d'une approche fédérale intersectorielle;
- poursuivre l'élaboration d'un cadre stratégique international assurant la cohérence des efforts ainsi qu'accroître la capacité de l'Agence en matière de partenariats mondiaux et d'élaboration de politiques à l'échelle internationale.

CE QUI A ÉTÉ ACCOMPLI

Toutes les initiatives prévues ont été entreprises.

La surveillance de la santé favorise la prévention des maladies et permet aux professionnels de la santé publique de gérer les éclosions et les menaces. La surveillance de la santé — c'est-à-dire l'utilisation continue et systématique de données sur la santé recueillies régulièrement pour orienter les interventions en matière de santé publique — compte parmi les axes prioritaires d'intervention énoncés dans le Plan stratégique de l'Agence. Un groupe d'étude pluridisciplinaire principal a été créé en mars 2007 pour entreprendre l'examen des éléments de l'infrastructure de surveillance de l'Agence.

En 2006-2007, l'Agence a continué de dispenser des programmes clés de surveillance. Avec le concours de l'Institut canadien d'information sur la santé, de l'Initiative sur la santé de la population canadienne et de nombreuses autres organisations, l'Agence a exécuté divers programmes de surveillance, dont :

- la surveillance des souches mutantes de *Neisseria meningitidis*, de *H. influenzæ* et de *Bordetella pertussis* susceptibles d'échapper à l'action des vaccins;
- le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN);
- le Programme de surveillance du VIH/sida;

- le Programme intégré canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (PICRA);
- le Programme national de surveillance des maladies entériques (PNSME);
- le Programme national de surveillance du virus du Nil occidental;
- le Réseau canadien de surveillance des laboratoires (PulseNet et autres systèmes de surveillance des éclosions fondés sur l'analyse des empreintes génétiques);
- le Système canadien de surveillance des laboratoires de tuberculose (SCSLT);
- le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT);
- le Système de surveillance de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (SSMCJ);
- le Système national de surveillance du diabète (SNSD).

L'Agence a continué de remplir les fonctions de représentant du gouvernement fédéral auprès du Réseau pancanadien de santé publique, tout en offrant à ce dernier un soutien sur le plan des fonctions de secrétariat et des politiques de même qu'un soutien technique et financier. L'annonce de la création du Réseau a été faite en avril 2005 par les ministres de la Santé du Canada et des provinces et territoires. Cette initiative visait à instaurer une nouvelle approche, davantage axée sur la concertation, à l'égard de la santé publique. En outre, l'amélioration des communications et de la collaboration — dimensions particulièrement importantes lors de situations d'urgence en santé publique telles qu'une éclosion de SRAS ou une pandémie de grippe — aidera le Canada à s'attaquer à de graves problèmes de santé publique comme l'obésité et les maladies non transmissibles.

Au nom du gouvernement fédéral, l'administrateur en chef de la santé publique de l'Agence copréside le Conseil qui dirige le Réseau de santé publique. De plus, le personnel de l'Agence représente le gouvernement fédéral dans chaque groupe qui relève du Réseau.

En 2006-2007, le Réseau de santé publique a centré ses efforts sur trois domaines clés :

- l'état de préparation et la capacité d'intervention en cas d'urgence ainsi que la prévention et le contrôle des maladies infectieuses;
- l'édification d'une infrastructure et de modes d'organisation en santé publique;
- la promotion de la santé et de modes de vie sains.

Le Réseau de santé publique a fait ses preuves en tant que mécanisme clé de collaboration entre le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces et des territoires ainsi qu'en tant qu'un organe efficace pour faire avancer les priorités canadiennes en matière de santé publique. Au titre des progrès réalisés en 2006-2007, mentionnons :

- la conclusion d'un accord sur le volume, la composition et l'utilisation recommandés de la réserve nationale d'antiviraux en vue d'offrir un traitement rapide des personnes atteintes lors d'une pandémie de grippe;
- la diffusion de l'édition 2006 du *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé;*
- l'analyse et l'amélioration de la structure organisationnelle du Réseau de santé publique en vue de préciser le mandat et les pouvoirs de ce dernier, avec pour résultat un resserrement des liens entre les groupes au sein du Réseau ainsi qu'un accroissement de l'efficacité l'opérationnelle.

Par ailleurs, des progrès notables ont été réalisés en vue de l'élaboration d'ententes conjointes portant sur les rôles et responsabilités associés à l'état de préparation et à la capacité d'intervention en cas de pandémie, à l'échange des renseignements ainsi qu'au partage des ressources, des installations et du personnel.

En vue d'établir des assises pour mettre au point une Stratégie pancanadienne de santé publique sous la surveillance du Réseau pancanadien de santé

publique, les fonctions stratégiques des bureaux régionaux de l'Agence ont été renforcées afin que ces derniers puissent alimenter le cycle du renseignement. Grâce au travail accru des régions pour rassembler et analyser l'information en santé publique dans les sphères de compétence provinciales et territoriales et pour fournir des conseils afférents, l'Agence a réussi, d'une part, à approfondir sa connaissance du milieu de la santé publique au Canada et à esquisser le profil émergent de ce dernier et, d'autre part, à accroître sa capacité d'identifier les initiatives, les lacunes et les éléments de vulnérabilité actuels.

L'Agence a fourni des connaissances et une expertise qui ont servi à formuler les orientations et recommandations à inclure dans la déclaration provisoire et le rapport final de la Commission de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur les déterminants sociaux de la santé, ce qui a eu pour effet de renforcer le partenariat entre les deux instances. L'Agence a aussi financé la création de deux réseaux de connaissances pour produire une synthèse des preuves mondiales à l'appui des politiques et des interventions. En outre, de concert avec l'intéressée, l'Agence a collaboré à la planification de la Huitième assemblée de la Commission de l'OMS, qui aura lieu au Canada. L'Agence a aidé le Canada à exercer un leadership auprès de l'OMS et de ses états membres dans différents domaines, notamment la prise de mesures intersectorielles, la préparation de rapports sur les approches intergouvernementales et intersectorielles visant à promouvoir les politiques et interventions relatives aux inégalités en matière de santé ou encore la participation de l'OMS et des autres pays à une initiative vouée à l'examen des retombées économiques des investissements ciblant les déterminants de la santé.

L'Agence a soutenu les efforts du Groupe de référence canadien (GRC), qui participe au plan de travail de la Commission de l'OMS et qui contribue à l'avancée des initiatives connexes au Canada. En 2006-2007, le GRC a entrepris la réalisation d'études de cas canadiennes décrivant des interventions intersectorielles efficaces, dirigé l'élaboration d'études de cas dans 23 autres pays et engagé la société civile dans une réflexion sur la meilleure manière d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.

Dans le cadre de la démarche menant à la formulation d'un plan pour le portefeuille de la Santé, l'Agence a mis au point un cadre préliminaire définissant le leadership qui lui incombe pour promouvoir l'action fédérale à l'égard des déterminants sociaux de la santé, d'une part, et à l'égard de l'amorce d'une approche intégrée parmi les membres du portefeuille d'autre part. Une fois enrichi du savoir à tirer des interventions de la Commission de l'OMS et du GRC, ce travail débouchera sur une collaboration interministérielle accrue. L'Agence a entrepris d'échanger des connaissances avec les autres ministères, les partenaires privés et les autres ordres de gouvernement ainsi que d'établir des relations dynamiques avec eux, par le biais de sa participation à la Table ronde sur les déterminants socio-économiques de la santé du Conference Board du Canada.

L'Agence a soutenu les préparatifs en vue de la Conférence mondiale sur la promotion de la santé et l'éducation pour la santé, qui aura lieu à Vancouver en juin 2007. En 2006-2007, l'Agence a coordonné l'exercice du rôle de premier plan qui incombe au portefeuille de la Santé à l'égard de cet événement. De plus, elle a organisé des ateliers et recruté des conférenciers en vue de dresser un profil des expériences canadiennes, à partager avec un auditoire mondial, ainsi que de tirer des leçons de l'expérience des autres pays.

L'Agence a poursuivi l'élaboration d'un cadre stratégique international dans le but de soutenir les initiatives mondiales ciblées de renforcement de la sécurité en santé publique, d'intensifier les efforts de renforcement des capacités au sein des systèmes de santé publique ainsi que d'alléger le fardeau imposé par les maladies et les inégalités en matière de santé.

Autres programmes et services

Prévues (en millions de dollars)	Autorisations (en millions de dollars)	Réelles (en millions de dollars)
109,0	120,5*	119,0

* L'écart de 11,5 millions de dollars entre les dépenses prévues et les autorisations correspond principalement au report du budget de fonctionnement octroyé dans le Budget des dépenses supplémentaires (A). De cette somme, l'Agence a réussi à utiliser 11,0 millions de dollars pour répondre aux besoins liés à l'infrastructure de GI-TI, se conformer à la politique obligatoire sur la sécurité de la technologie de l'information à l'échelle de l'administration fédérale ainsi que réagir à un épisode de contamination des ordinateurs par un logiciel malveillant.

Les programmes et services d'administration et de soutien généraux dans la région de la capitale nationale, à Winnipeg et dans les bureaux régionaux (Atlantique; Québec; Ontario et Nunavut; Manitoba et Saskatchewan; Alberta et Territoires du Nord-Ouest; Colombie-Britannique et Yukon) ont constitué l'essentiel des autres programmes et services de l'Agence. Conformément à un accord interministériel, le Bureau régional du Nord de Santé Canada a été chargé d'administrer certains programmes de l'Agence dans les territoires canadiens. Les dépenses prévues comprenaient : 28,0 millions de dollars pour les services liés aux installations et au soutien du Laboratoire national de microbiologie; 48,4 millions de dollars pour le soutien administratif des services des ressources humaines, des communications, des services juridiques, des finances, des services d'administration et de gestion des biens immobiliers ainsi que de la gestion et de la technologie de l'information; 4,3 millions de dollars pour le soutien des politiques et du développement stratégiques; et 17,9 millions de dollars pour les opérations de soutien régional dans tout le Canada. Les dépenses prévues comprenaient également une somme de 10,4 millions de dollars, placée dans une affectation bloquée en attendant l'approbation d'une demande de prolongation d'un an.

Les dépenses réelles se sont chiffrées à 37,1 millions de dollars pour les services liés aux installations et au soutien du Laboratoire national de microbiologie; à 69,3 millions de dollars pour le soutien administratif des services des ressources humaines, des communications, des services juridiques, des finances, des services d'administration et de gestion des biens immobiliers ainsi que de la gestion et de la technologie de l'information; et à 11,1 millions de dollars pour les opérations de soutien régional dans tout le Canada.

Information additionnelle

Section III

Tableau 1 : Comparaison des dépenses prévues et des dépenses réelles (y compris les équivalents temps plein)

(en millions de dollars)

Le tableau établit une comparaison entre le Budget principal des dépenses, les dépenses prévues, le total des autorisations et les dépenses réelles pour l'année financière qui vient de prendre fin. On y trouve aussi des données historiques pour les dépenses réelles.

	Dépenses réelles pour 2004-2005	Dépenses réelles pour 2005-2006	2006-07			
			Budget principal	Dépenses prévues	Total des autorisations	Total des dépenses réelles
Santé de la population et santé publique	586,7	477,2	506,6	629,7	536,2	510,8
Total	**586,7**	**477,2**	**506,6**	**629,7****	**536,2*****	**510,8******
Moins : revenus non disponibles	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3
Plus : coût des services reçus à titre gracieux	11,4	17,6	0,0	20,2	20,2	21,0
Total des dépenses du ministère	**598,1**	**494,6**	**506,6**	**649,9**	**556,4**	**531,5**
Équivalents temps plein*	**1 666**	**1 801**	**2 119**	**2 119**	**2 119**	**2 050**

* Les équivalents temps plein (ETP) sont une mesure de la consommation de ressources humaines fondée sur les niveaux d'emploi moyens. Les ETP ne sont pas assujettis au contrôle du Conseil du Trésor, mais sont divulgués dans la Partie III du Budget des dépenses au regard des besoins en dépenses de personnel indiqués dans le Budget des dépenses principal.

** L'augmentation de 123,1 millions de dollars observée entre le Budget principal des dépenses et les dépenses prévues s'explique par une augmentation du financement octroyé pour certaines initiatives annoncées dans les budgets fédéraux — notamment la préparation à la grippe aviaire et à une pandémie de grippe (66,3 millions de dollars), la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (52 millions de dollars), le renforcement des systèmes de santé publique au Canada (4,2 millions de dollars) ainsi qu'une prolongation d'un an pour les Centres d'excellence pour le bien-être des enfants (1,8 million de dollars) — de laquelle on déduit des économies relatives aux approvisionnements réalisées grâce aux travaux du Comité d'examen des dépenses (1,2 million de dollars).

*** La baisse de 93,5 millions de dollars observée entre les dépenses prévues et le total des autorisations est essentiellement attribuable à l'étalement, sur les exercices ultérieurs, de crédits destinés à la préparation à la grippe aviaire et à une pandémie de grippe (44 millions de dollars) ainsi qu'à l'affectation, à Santé Canada plutôt qu'à l'Agence, de crédits destinés à la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (51 millions de dollars).

**** L'écart de 25,4 millions de dollars entre le total des autorisations et les dépenses réelles s'explique essentiellement par la non-utilisation de 20,5 millions de dollars au poste des dépenses de fonctionnement et de 4,9 millions de dollars au poste des paiements de transfert.

Tableau 2 : Ressources par activité de programme

Le tableau reflète l'utilisation des ressources par l'Agence de la santé publique du Canada, par crédit et par activité de programme.

(en millions de dollars)

	Budget 2006-2007					
	Fonctionnement	Subventions	Contributions et autres paiements de transfert	Total : dépenses budgétaires brutes	Moins : revenus non disponibles	Total : dépenses budgétaires nettes
Santé de la population et santé publique						
Budget principal des dépenses	327,4	33,1	146,2	506,7	(0,1)	506,6
Dépenses prévues	392,7	89,1	148,0	629,8	(0,1)	629,7
Total des autorisations	349,3	22,6	164,4	536,3	(0,1)	536,2
Dépenses réelles	328,7	21,0	161,2	510,9	(0,1)	510,8

Tableau 3 : Postes votés et législatifs

(en millions de dollars)

		2006-2007			
Poste voté ou législatif	Libellé tronqué du poste voté ou législatif	Budget principal	Dépenses prévues	Total des autorisations	Total des dépenses réelles
35	Dépenses de fonctionnement	299,3	363,4	326,0	305,4
40	Subventions et contributions	179,3	237,1	187,0	182,2
(L)	Contributions aux avantages sociaux des employé(e)s	28,0	29,2	23,2	23,2
(L)	Dépenses du produit de l'aliénation de biens excédentaires de la Couronne Dépenses réelles = 1 286,81	0,0	0,0	0,0	0,0
	Total	**506,6**	**629,7**	**536,2**	**510,8**

Tableau 4 : Services reçus à titre gracieux

(en millions de dollars)

	Dépenses réelles pour 2006-2007
Locaux fournis par Travaux publics et Services gouvernementaux Canada	9,4
Contributions de l'employeur aux primes du régime d'assurance des employés et dépenses payées par le Secrétariat du Conseil du Trésor	11,5
Traitements et dépenses connexes liés aux services juridiques fournis par Justice Canada	0,1
Total des services reçus à titre gracieux pour 2006-2007	21,0

Tableau 5 : Sources de revenus disponibles et non disponibles

Revenus disponibles (en millions de dollars)

	Dépenses réelles pour 2004-2005	Dépenses réelles pour 2005-2006	2006-2007			
			Budget principal	Revenu prévu	Total des autorisations	Dépenses réelles
Santé de la population et santé publique						
Vente de trousses de premiers soins pour les catastrophes et les situations d'urgence aux ministères et organismes fédéraux, provinciaux et territoriaux, aux aéroports et à d'autres organisations sous réglementation fédérale	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Dépenses du produit de l'aliénation de biens excédentaires de la Couronne	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total des revenus disponibles	**0,1**	**0,1**	**0,1**	**0,1**	**0,1**	**0,1**

Revenus non disponibles (en millions de dollars)

	Dépenses réelles pour 2004-2005	Dépenses réelles pour 2005-2006	2006-2007			
			Budget principal	Revenu prévu	Total des autorisations	Dépenses réelles
Santé de la population et santé publique						
Vente de trousses de premiers soins/ excédents des recettes tirées d'une activité de crédit net	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Redevances et autres recettes diverses	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Articles divers – remises sur les cartes de crédit	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2
Total des revenus non disponibles	**0,0**	**0,2**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,3**

Tableau 6 : Besoins en ressources par direction

(en millions de dollars)

	Santé de la population et santé publique
Personnel de direction de l'Agence, administrateur en chef de la santé publique*	
Dépenses prévues	8,8
Dépenses réelles	4,8
Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence**	
Dépenses prévues	219,1
Dépenses réelles	161,8
Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques***	
Dépenses prévues	153,7
Dépenses réelles	81,9
Direction générale des politiques stratégiques, des communications et des services généraux****	
Dépenses prévues	64,5
Dépenses réelles	81,0
Direction générale de la pratique en santé publique et des opérations régionales	
Dépenses prévues	183,6
Dépenses réelles	181,3
Total pour l'Agence	
Dépenses prévues	629,7
Dépenses réelles	510,8

Les principaux écarts entre les dépenses prévues et les dépenses réelles sont les suivants :

* Personnel de direction de l'Agence, administrateur en chef de la santé publique : Non-utilisation de 4,0 millions de dollars en raison de contraintes techniques et de contraintes de capacité touchant la dotation ainsi qu'en raison de l'étalement, sur les exercices ultérieurs, d'initiatives associées à une éventuelle pandémie.

** Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence : Étalement, sur les exercices ultérieurs, de crédits de 44 millions de dollars destinés à la préparation à la grippe aviaire et à une pandémie de grippe ainsi que réaffectation de crédits de 6,6 millions de dollars à d'autres directions générales, laissant un léger solde inutilisé de 6,7 millions de dollars.

*** Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques : Approbation, au profit de Santé Canada (plutôt qu'au profit de l'Agence comme prévu), d'une enveloppe de 51 millions de dollars destinée à la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer; réaffectation de crédits de 15,4 millions de dollars à d'autres directions générales pour réaliser de nouvelles priorités imprévues; non-utilisation de 5,4 millions de dollars en raison de retards et d'ajustements de période; et incertitude en début d'exercice concernant l'octroi de crédits par mandats spéciaux de la Gouverneure générale, y compris la nécessité d'assurer une gestion de trésorerie (3,0 millions de dollars) en vue de l'exploitation des Centres d'excellence pour le bien-être des enfants, qui n'avaient pas obtenu de financement.

**** Direction générale des politiques stratégiques, des communications et des services généraux : Apport de 11,7 millions lié au report du budget de fonctionnement de l'exercice 2005-2006 et apport de 4,8 millions de dollars lié au transfert de fonds provenant d'autres directions générales en vue d'absorber de nouvelles tensions émergentes.

Tableau 7A : Loi sur les frais d'utilisation

	Type de frais	Pouvoir d'établissement des frais	Date de la dernière modification	Revenu prévu (000 $)	Revenu réel (000 $)	2006-2007 Coût total (000 $)	2006-2007 Norme de rendement	2006-2007 Résultats liés au rendement	Années de planification Exercice	Années de planification Revenu prévu (000 $)	Années de planification Coût total estimatif (000 $)
A. Frais d'utilisation											
Frais exigés pour le traitement de demandes d'accès faites en vertu de la Loi sur l'accès à l'information (LAI)	Autres produits et services (O)	*Loi sur l'accès à l'information*	1992	Voir Section C – Autres renseignements, remarque 1	Voir Section C – Autres renseignements, remarque 1	Voir Section C – Autres renseignements, remarque 1	La réponse est donnée dans les 30 jours suivant la réception de la demande. Ce délai peut être prorogé conformément à l'article 9 de la *LAI*. Les avis de prorogation sont envoyés dans les 30 jours suivant la réception de la demande.	Voir Section C – Autres renseignements, remarque 1	2007-2008	0,7	580
									2008-2009	0,8	580
									2009-2010	0,9	580
B. Date de la dernière modification											
C. Autres renseignements											
1. Les demandes d'accès faites en vertu de la *LAI* pour l'Agence en 2006-2007 ont été traitées par Santé Canada. En conséquence, Santé Canada rend compte des revenus et des coûts connexes pour 2006-2007.											

Tableau 7B : Politique sur les normes de service pour les frais d'utilisation

De plus amples renseignements sur les normes de service pour les frais d'utilisation sont disponibles à l'adresse : http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/estimF.asp.

Tableau 8 : Renseignements sur les programmes de paiements de transfert (PPT)

Ce tableau présente un résumé explicatif des programmes de paiements de transfert de plus de cinq millions de dollars de l'Agence. Tous les paiements de transfert énumérés ci-après correspondent à des programmes votés.

1. Fonds pour la santé de la population
2. Programme d'action communautaire pour les enfants
3. Programme canadien de nutrition prénatale
4. Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada
5. Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques/ développement de la petite enfance
6. Réseau canadien de la santé
7. Stratégie canadienne sur le diabète
8. Programme de contributions des Centres nationaux de collaboration

De plus amples renseignements sur ces programmes de paiements de transfert sont disponibles à l'adresse : http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/estimF.asp.

Tableau 9 : Subventions conditionnelles (fondations)

- En 2004-2005, l'Agence a octroyé une subvention unique conditionnelle de 100 millions de dollars à Inforoute Santé du Canada inc. pour appuyer la surveillance de la santé.

Inforoute Santé du Canada inc. (Inforoute) est une société indépendante, sans but lucratif, dont le mandat consiste à favoriser et à accélérer l'élaboration et l'adoption de systèmes électroniques d'information sur la santé ainsi que de technologies des communications et de normes compatibles, et ce, partout au Canada. En outre, Inforoute est un mécanisme de concertation qui compte sur la participation égalitaire du gouvernement fédéral et des gouvernements des provinces et des territoires, en vue de l'atteinte d'un but commun : la modernisation des systèmes d'information sur la santé au Canada. Dans le cadre de cette collaboration, l'Agence de la santé publique du Canada veille au programme de surveillance de la santé. Santé Canada a fourni de l'information additionnelle sur ses subventions conditionnelles à Inforoute de même que sur celles octroyées par l'Agence de la santé publique du Canada.

De plus amples renseignements sur cette subvention conditionnelle sont disponibles à l'adresse : http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/estimF.asp.

Tableau 10 : États financiers

Les états financiers suivants ont été préparés conformément aux principes de la comptabilité d'exercice. Les renseignements figurant dans les autres tableaux financiers que renferme ce rapport sur le rendement ont été préparés selon la méthode de comptabilité de caisse modifiée afin d'être conformes aux principes de déclaration fondés sur les crédits. La Note 3 des états financiers rapproche ces deux méthodes comptables.

Déclaration de responsabilité de la direction

AGENCE DE SANTE PUBLIQUE DU CANADA

La responsabilité de l'intégrité et de l'objectivité des états financiers ci-joints pour l'exercice terminé le 31 mars 2007 et toute l'information figurant dans ces états incombe à la direction de l'agence. Ces états financiers ont été préparés par la direction conformément aux conventions comptables du Conseil du Trésor, qui sont conformes aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour le secteur public.

La direction est responsable de l'intégrité et de l'objectivité de l'information présentée dans les états financiers. Certaines informations présentées dans les états financiers sont fondées sur les meilleures estimations et le jugement de la direction et tiennent compte de l'importance relative. Pour s'acquitter de ses obligations au chapitre de la comptabilité et de la présentation des rapports, la direction tient des comptes qui permettent l'enregistrement centralisé des opérations financières de l'agence. L'information financière soumise pour la préparation des *Comptes publics du Canada* et incluse dans le *Rapport ministériel sur le rendement* de l'agence concorde avec les états financiers ci-joints.

La direction possède un système de gestion financière et de contrôle interne conçu pour fournir une assurance raisonnable que l'information financière est fiable, que les actifs sont protégés et que les opérations sont conformes à la *Loi sur la gestion des finances publiques*, qu'elles sont exécutées en conformité avec les règlements, qu'elles respectent les autorisations du Parlement et qu'elles sont comptabilisées de manière à rendre compte de l'utilisation des fonds du gouvernement. La direction veille également à l'objectivité et à l'intégrité des données de ses états financiers par la sélection appropriée, la formation et le perfectionnement d'employés qualifiés, par une organisation assurant une séparation appropriée des responsabilités et par des programmes de communication visant à assurer la compréhension des règlements, des politiques, des normes et des responsabilités de gestion dans toute l'agence.

Les états financiers de l'agence n'ont pas fait l'objet d'une vérification.

David Butler-Jones
Administrateur en chef de la santé publique
Ottawa, Canada

Date AUG 10 2007

Luc Ladouceur
Contrôleur Ministériel, *pur intérim*
Ottawa, Canada

Date AOUT AUG 0 9 2007

État des résultats (non vérifié)

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

Exercice terminé le 31 mars	2007	2006
(en dollars)		
Charges		
Salaires et avantages sociaux	**183 791 847**	170 341 797
Paiements de transfert	**181 361 341**	175 244 575
Services professionnels et spéciaux	**70 287 779**	55 138 587
Services publics, fournitures et approvisionnements	**37 356 355**	41 351 299
Voyage et réinstallation	**17 485 034**	15 793 168
Installations	**12 884 158**	11 961 621
Achat de services de réparation et d'entretien	**8 887 103**	6 019 930
Information	**8 623 347**	4 599 372
Amortissement	**6 920 987**	6 263 550
Communications	**5 287 798**	4 748 297
Location	**1 428 167**	1 307 661
Autres	**1 784 117**	1 180 989
	536 098 033	**493 950 846**
Revenus		
Vente de biens et de services		
Droits et privilèges	**28 377**	25 376
Services autres que de réglementation	**88 871**	125 742
Intérêts	**7 948**	11 890
Autres	**216 299**	105 106
	341 495	**268 114**
Coût de fonctionnement net	**535 756 538**	**493 682 732**

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers

État de la situation financière (non vérifié)

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

au 31 mars	2007	2006
Actifs		
Actifs financiers		
Débiteurs et avances (Note 4)	8 067 818	5 884 928
Total actifs financiers	8 067 818	5 884 928
Actifs non financiers		
Immobilisations corporelles (Note 5)	63 517 725	65 742 171
Total actifs non financiers	63 517 725	65 742 171
TOTAL	71 585 543	71 627 099
Passifs et avoir du Canada		
Passifs		
Créditeurs et charges à payer	94 035 266	79 975 372
Indemnités de vacance et congés compensatoires	8 432 076	7 387 369
Indemnités de départ (Note 6)	28 512 678	24 109 715
Autres passifs	2 763 581	2 402 497
	133 743 602	113 874 953
Avoir du Canada	(62 158 058)	(42 247 854)
TOTAL	71 585 543	71 627 099

Obligations contractuelles (Note 7)

Les note: complémentaires font partie intégrante des états financiers

État de l'avoir du Canada (non vérifié)

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

Exercice terminé le 31 mars	2007	2006
Avoir du Canada, début de l'exercice	**(42 247 854)**	(10 242 764)
Coût de fonctionnement net	**(535 756 538)**	(493 682 732)
Crédits de l'exercice en cours utilisés	**510 812 401**	477 166 397
Recouvrements de dépenses d'exercices antérieurs	**(3 259 280)**	(6 413 953)
Revenus non disponibles pour dépenser	**(296 270)**	(193 247)
Variation de la situation nette du Trésor	**(10 828 711)**	(26 481 555)
Services fournis gratuitement par d'autres ministères	**19 418 194**	17 600 000
Avoir du Canada, fin de l'exercice	**(62 158 058)**	**(42 247 854)**

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers

État des flux de trésorerie (non vérifié)

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

Exercice terminé le 31 mars	2007	2006
Activités de fonctionnement		
Coût de fonctionnement net	**535 756 538**	493 682 732
Éléments n'affectant pas l'encaisse :		
Amortissement des immobilisations corporelles	**(6 920 987)**	(6 263 550)
Gain (perte) sur disposition d'actifs immobilisés et non immobilisés	**(14 112)**	12 367
Services fournis gratuitement par d'autres ministères	**(19 418 194)**	(17 600 000)
Variations de l'état de la situation financière :		
Augmentation (diminution) des comptes débiteurs	**2 182 890**	5 052 368
Augmentation (diminution) des comptes payables et des charges à payer	**(14 059 894)**	(31 934 371)
Augmentation (diminution) des autres créditeurs	**(361 084)**	(397 025)
Diminution (augmentation) des indemnités de vacance et congés compensatoires	**(1 044 707)**	(763 019)
Diminution (augmentation) des indemnités de congés compensatoires	**(4 402 963)**	(4 374 271)
Encaisse utilisée par les activités d'exploitation	**491 717 487**	**437 415 231**
Activités d'investissement en immobilisations		
Acquisition d'immobilisations corporelles	**4 711 940**	6 674 778
Produit de l'aliénation d'actifs immobilisés	**(1 287)**	(12 367)
Encaisse utilisée par les activités d'investissement en immobilisations	**4 710 653**	**6 662 411**
Activités de financement		
Encaisse nette fournie par le gouvernement du Canada	**(496 428 140)**	**(444 077 642)**

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers

Notes complémentaires aux états financiers (non vérifiés)

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

1. Mandat et objectifs

En tant que nouvelle agence, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) a été créée le 24 septembre 2004, en vertu d'un décret promulgué en réponse aux préoccupations croissantes relativement à la capacité du système de santé publique du Canada de planifier et de réagir efficacement aux menaces à la santé publique. La création de l'agence est le résultat d'une vaste consultation avec les provinces, les territoires, des intervenants et l'ensemble des Canadiens. Elle fait également suite à des recommandations formulées par d'imminents experts en santé publique - notamment celles contenues dans le rapport du Dr David Naylor intitulé Leçons de la crise du SRAS: Renouvellement de la santé publique au Canada et dans d'autres rapports canadiens ou internationaux. Ces recommandations préconisent une prépondérance du gouvernement fédéral dans les questions de santé publique, ainsi qu'une meilleure collaboration dans et entre les différentes juridictions. La Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada, sanctionnée le 12 décembre 2006, assure une base statutaire à la nouvelle agence.

L'agence collabore avec ses partenaires, oriente les interventions fédérales et mobilise les efforts à la grandeur du pays pour prévenir les maladies et les blessures, ainsi que protéger et promouvoir la santé publique au Canada et dans le monde. À cette fin, elle :

- Prévoit les menaces pour la santé publique, s'y prépare, intervient et rétablit une situation normale;
- Surveille, observe et étudie les maladies, les blessures et les risques sanitaires évitables pour la santé et leurs déterminants, ainsi que l'état global de la santé publique au Canada et à l'étranger, et réalise des enquêtes et produit des rapports sur ces questions;
- Utilise les meilleures données et ressources existantes pour conseiller et appuyer les intervenants en santé publique œuvrant à l'amélioration de la santé de leur collectivité, au Canada et dans le monde;
- Guide, conseille et informe la population et les intervenants canadiens en matière de santé publique; et
- Crée et maintient un réseau de santé publique avec des partenaires.

2. Sommaire des principales conventions comptables

Les états financiers ont été préparés conformément aux conventions comptables du Conseil du Trésor, qui sont conformes aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour le secteur public.

Les principales conventions comptables sont les suivantes :

(a) Crédits parlementaires

L'agence est financée par le gouvernement du Canada au moyen de crédits parlementaires. Les crédits consentis à l'agence ne correspondent pas à la présentation des rapports financiers en conformité avec les principes comptables généralement reconnus étant donné que les crédits sont fondés, dans une large mesure, sur les besoins de trésorerie. Par conséquent, les postes comptabilisés dans l'état des résultats et dans l'état de la situation financière ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux qui sont prévus par les crédits parlementaires. La note 3 présente un rapprochement général entre les deux méthodes de rapports financiers.

2. Sommaire des principales conventions comptables (suite)

(b) Encaisse nette fournie par le gouvernement

L'agence fonctionne au moyen du Trésor, qui est administré par le receveur général du Canada. La totalité de l'encaisse reçue par l'agence est déposée au Trésor, et tous les décaissements faits par l'agence sont prélevés sur le Trésor. L'encaisse nette fournie par le gouvernement est la différence entre toutes les rentrées de fonds et toutes les sorties de fonds, y compris les opérations entre les ministères au sein du gouvernement fédéral.

(c) Variation de la situation nette du Trésor

La variation de la situation nette du Trésor correspond à la différence entre l'encaisse nette fournie par le gouvernement et les crédits utilisés au cours d'un exercice, à l'exclusion du montant des revenus non disponibles comptabilisés par l'agence. Il découle d'écarts temporaires entre le moment où une opération touche un crédit et le moment où elle est traitée par le Trésor.

(d) Revenus

Les revenus sont comptabilisés dans l'exercice où les opérations ou les faits sous-jacents surviennent.

(e) Charges

Les charges sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité d'exercice :

- Les subventions sont comptabilisées dans l'exercice au cours duquel les critères de paiement sont satisfaits. En ce qui concerne les subventions ne faisant pas partie d'un programme existant, la charge est constatée lorsque le gouvernement annonce la décision de verser un transfert ponctuel, dans la mesure où le Parlement a approuvé la loi habilitante ou l'autorisation des paiements avant que les états financiers ne soient achevés.
- Les contributions sont comptabilisées dans l'exercice au cours duquel le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité ou a rempli les conditions de l'accord de transfert.
- Les indemnités de vacances et de congés compensatoires sont passées en charges au fur et à mesure que les employés en acquièrent le droit en vertu de leurs conditions d'emploi respectives.
- Les services fournis gratuitement par d'autres ministères pour les locaux, les cotisations de l'employeur aux régimes de soins de santé et de soins dentaires et les services juridiques sont comptabilisés à titre de charges de fonctionnement à leur coût estimatif.

(f) Avantages sociaux futurs

i) Prestations de retraite : Les employés admissibles participent au Régime de retraite de la fonction publique, un régime multi employeurs administré par le gouvernement du Canada. Les cotisations de l'agence au régime sont passées en charges dans l'exercice au cours duquel elles sont engagées et elles représentent l'obligation totale de l'agence découlant du régime. En vertu des dispositions législatives en vigueur, l'agence n'est pas tenu de verser des cotisations au titre de l'insuffisance actuarielle du régime.

ii) Indemnités de départ : Les employés ont droit à des indemnités de départ, prévues dans leurs conventions collectives ou les conditions d'emploi. Le coût de ces indemnités s'accumule à mesure que les employés effectuent les services nécessaires pour les gagner. Le coût des avantages sociaux gagnés par les employés est calculé à l'aide de l'information provenant des résultats du passif déterminé sur une base actuarielle pour les prestations de départ pour l'ensemble du gouvernement.

(g) Débiteurs

Les débiteurs sont comptabilisés en fonction des montants que l'on prévoit réaliser. Ils comprennent principalement des montants à être recouverts d'autres ministères gouvernementaux dont le recouvrement est considéré certain. Par conséquent, aucune provision n'a été établie en contrepartie de ces sommes.

2. Sommaire des principales conventions comptables (suite)

(h) Passif éventuel

Le passif éventuel représente des obligations possibles qui peuvent devenir des obligations réelles selon que certains événements futurs se produisent ou non. Dans la mesure où l'événement futur risque de se produire ou non et si l'on peut établir une estimation raisonnable de la perte, on comptabilise un passif estimatif et une charge. Si la probabilité ne peut être déterminée ou s'il est impossible de faire une estimation raisonnable du montant, l'éventualité est présentée dans les notes complémentaires aux états financiers.

(i) Immobilisations corporelles

Toutes les immobilisations corporelles dont le coût initial est d'au moins 10 000 $ sont comptabilisées à leur coût d'achat. L'agence n'inscrit pas à l'actif les biens incorporels, les œuvres d'art et les trésors historiques ayant une valeur culturelle, esthétique ou historique, les biens situés dans les réserves indiennes et les collections dans les musées.

Les immobilisations corporelles sont amorties selon la méthode linéaire sur la durée de vie utile estimative de l'immobilisation, comme suit :

Catégorie d'immobilisations	Période d'amortissement
Bâtiments	25 ans
Travaux et infrastructure	25 ans
Matériel et outillage	8-12 ans
Matériel informatique	3-5 ans
Logiciels informatiques	3 ans
Autre matériel	10-12 ans
Véhicules automobiles	4-7 ans
Autres véhicules	10 ans

(j) Incertitude relative à la mesure

La préparation de ces états financiers conformément aux conventions comptables du Conseil du Trésor du Canada, qui sont conformes aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour le secteur public, exige de la direction qu'elle fasse des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs, des passifs, des revenus et des charges présentés dans les états financiers. Au moment de la préparation des présents états financiers, la direction considère que les estimations et les hypothèses sont raisonnables. Les principaux éléments pour lesquels des estimations sont faites sont le passif pour les indemnités de départ et la durée de vie utile des immobilisations corporelles. Les résultats réels pourraient différer des estimations de manière significative. Les estimations de la direction sont examinées périodiquement et, à mesure que les rajustements deviennent nécessaires, ils sont constatés dans les états financiers de l'exercice où ils sont connus.

3. Crédits parlementaires

L'agence reçoit la plus grande partie de son financement au moyen de crédits parlementaires annuels. Les éléments comptabilisés dans l'état des résultats et l'état de la situation financière d'un exercice peuvent être financés au moyen de crédits parlementaires qui ont été autorisés dans des exercices précédents, pendant l'exercice en cours ou qui le seront dans des exercices futurs. En conséquence, le coût de fonctionnement net de l'agence diffère selon qu'il est présenté selon le financement octroyé par le gouvernement ou selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Les différences sont rapprochées dans les tableaux suivants :

(a) Rapprochement du coût de fonctionnement net et des crédits parlementaires de l'exercice en cours :

(en dollars)	2007	2006
Coût de fonctionnement net	**535 756 538**	493 682 732
Rajustements pour les postes ayant une incidence sur le coût de fonctionnement net, mais qui n'ont pas d'incidence sur les crédits :		
Ajouter (déduire) :		
Amortissement des immobilisations corporelles	**(6 920 987)**	(6 263 550)
Services fournis gratuitement	**(19 418 194)**	(17 600 000)
Revenus non disponibles pour dépenser	**296 270**	193 247
Remboursement/rajustement de charges de fin d'exercices précédents	**3 259 280**	6 413 953
Perte sur disposition d'actifs immobilisés et non immobilisés	**(14 112)**	12 367
Produit de l'aliénation d'actifs immobilisés	**(1 287)**	(12 367)
Charges pour réclamations et causes en instance et imminentes	**(350,000)**	0
Indemnités de vacance et congés compensatoires	**(1 044 707)**	(763 019)
Augmentation (diminution) des indemnités de congés com	**(4 402 963)**	(4 374 270)
Services légaux de Justice Canada	**(1 022 689)**	(808 786)
Autres charges non imputées aux crédits parlementaires	**(36 688)**	11 312
	(29 656 077)	(23 191 113)
Rajustements pour les postes sans incidence sur le coût de fonctionnement net, mais ayant une incidence sur les crédits :		
Ajouter (déduire) :		
Acquisition d'immobilisations corporelles	**4 711 940**	6 674 778
	4 711 940	6 674 778
Crédits de l'exercice en cours utilisés	**510 812 401**	477 166 397

3. Crédits parlementaires (suite)

(b) Crédits fournis et utilisés :

(en dollars)	2007	2006
Dépenses de fonctionnement - Crédit 35 (2006 - Crédit 30)	**299 278 000**	234 719 000
Budgets supplémentaires des dépenses - Crédit 35a	**30 730 105**	0
Budgets supplémentaires des dépenses - Crédit 35b	**0**	0
Mandats spéciaux du gouverneur général	**0**	59 164 660
Subventions et contributions - Crédit 40 (2006 - Crédit 35)	**179 306 000**	164 009 000
Budgets supplémentaires des dépenses - Crédit 40a	**6 018 366**	0
Budgets supplémentaires des dépenses - Crédit 40b	**0**	0
Mandats spéciaux du gouverneur général	**0**	645 000
Virement du Conseil du Trésor - Crédit 5	**293 605**	15 415 000
Virement du CT - Crédit 10	**(62 500)**	0
Virement du CT - Crédit 15	**(1 635 000)**	0
Total des crédits parlementaires	**513 928 576**	473 952 660
Crédits annulés	**(26 306 443)**	(19 842 269)
Total des crédits parlementaires utilisés	**487 622 133**	454 110 391
Contributions aux régimes d'avantages sociaux des employés	**23 188 745**	23 043 639
Dépense des produits de l'aliénation des biens excédentaires de l'État	**1 287**	12 367
Frais d'agences de recouvrement	**236**	0
Crédits de l'exercice en cours utilisés	**510 812 401**	477 166 397

(c) Rapprochement de l'encaisse nette fournie par le gouvernement et des crédits de l'exercice en cours utilisés

(en dollars)	2007	2006
Encaisse nette fournie par le gouvernement	**496 428 140**	444 077 642
Revenu non disponible pour dépenser	**296 270**	193 247
Remboursement/rajustement de charges de fin d'exercices précédents		
Contre-passation des dépenses liées à Justice Canada	**3 259 280**	6 413 953
Variation des débiteurs et des avances	**(2 182 890)**	(5 052 368)
Variation des créditeurs et charges à payer	**13 709 894**	31 934 371
Variance des autres passifs	**361 084**	397 025
Services légaux de Justice Canada	**(1 022 689)**	(808 786)
Autres ajustements	**(36 688)**	11 313
Variation de la situation nette du Trésor	**14 087 991**	32 895 508
Crédits de l'exercice en cours utilisés	**510 812 401**	477 166 397

4. Débiteurs et avances

(en dollars)	2007	2006
Débiteurs des autres ministères et organismes fédéraux	**6 667 560**	4 724 495
Débiteurs de l'extérieur	**1 376 712**	1 142 623
Avances aux employés	**23 546**	17 810
	8 067 818	5 884 928

5. Immobilisations corporelles

Coût (en dollars)	Solde d'ouverture	Acquisitions	Aliénations et radiations	Solde de clôture
Terrains	604 137	0	0	**604 137**
Bâtiments	71 681 239	60 000	0	**71 741 239**
Travaux et infrastructure	564 425	0	0	**564 425**
Matériel et outillage	35 725 663	3 838 279	(439 289)	**39 124 653**
Matériel informatique	2 957 453	116 879	0	**3 074 332**
Logiciels informatiques	896 107	145 954	0	**1 042 061**
Autre matériel	1 749 379	550 828	0	**2 300 207**
Véhicules automobiles	129 190	0	0	**129 190**
Autres véhicules	84 253	0	0	**84 253**
	114 391 846	4 711 940	(439 289)	**118 664 497**

Amortissement cumulé (en dollars)	Solde d'ouverture	Amortissement	Aliénations et radiations	Solde de clôture
Bâtiments	25 795 047	2 866 990	0	**28 662 037**
Travaux et infrastructure	24 479	22 577	0	**47 056**
Matériel et outillage	20 312 096	3 069 295	(423 890)	**22 957 501**
Matériel informatique	1 524 612	543 163	0	**2 067 775**
Logiciels informatiques	571 080	182 238	0	**753 318**
Autre matériel	296 249	219 823	0	**516 072**
Véhicules automobiles	41 859	16 901	0	**58 760**
Autres véhicules	84 253	0	0	**84 253**
	48 649 675	6 920 987	(423 890)	**55 146 772**

Valeur comptable nette (en dollars)	Solde d'ouverture	Solde de clôture
Terrains	604 137	**604 137**
Bâtiments	45 886 192	**43 079 202**
Travaux et infrastructure	539 946	**517 369**
Matériel et outillage	15 413 567	**16 167 152**
Matériel informatique	1 432 841	**1 006 557**
Logiciels informatiques	325 027	**288 743**
Autre matériel	1 453 130	**1 784 135**
Véhicules automobiles	87 331	**70 430**
Autres véhicules	0	**0**
	65 742 171	**63 517 725**

La charge d'amortissement pour l'exercice termine le 31 mars 2007 est 6 920 987 $ (2006: 6 263 550 $)

6. Avantages sociaux

(a) Prestations de retraite

Les employés de l'agence participent au Régime de retraite de la fonction publique, qui est parrainé et administré par le gouvernement du Canada. Les prestations de retraite s'accumulent sur une période maximale de 35 ans au taux de 2 % par année de services validables multiplié par la moyenne des gains des cinq meilleures années consécutives. Les prestations sont intégrées aux prestations du Régime de pensions du Canada et du Régime de rentes du Québec et sont indexées à l'inflation.

Tant les employés que l'agence versent des cotisations couvrant le coût du régime. Les charges présentées ci-dessous représentent environ 2,6 fois les cotisations des employés.

(en dollars)	2007	2006
Charge pour l'exercice	17 090 105	17 052 293

La responsabilité de l'agence relative au régime de retraite se limite aux cotisations versées. Les excédents ou les déficits actuariels sont constatés dans les états financiers du gouvernement du Canada, en sa qualité de répondant du régime.

(b) Indemnités de départ

L'agence verse des indemnités de départ aux employés en fonction de l'admissibilité, des années de service et du salaire final. Ces indemnités ne sont pas capitalisées d'avance. Les prestations seront prélevées sur les crédits futurs. Voici quelles étaient les indemnités de départ au 31 mars :

(en dollars)	2007	2006
Obligation au titre des prestations constituées, début de l'exercice	24 109 715	19 735 444
Charge pour l'exercice	5 019 311	5 268 011
Prestations versées pendant l'exercice	(616 348)	(893 740)
Obligation au titre des prestations constituées, fin de l'exercice	28 512 678	24 109 715

7. Obligations contractuelles

De par leur nature, les activités de l'agence peuvent donner lieu à des contrats et des obligations en vertu desquels l'agence sera tenue d'effectuer des paiements échelonnés sur plusieurs années pour l'acquisition de biens ou services. Voici les principales obligations contractuelles pour lesquelles une estimation raisonnable peut être

(en dollars)	2007	2008	2009	2010	2011 et par la suite	Total
Paiements de transfert	25 800 000	4 700 000	50 650 000	4 750 000	45 900 000	131 800 000

8. Opérations entre apparentés

En vertu du principe de propriété commune, l'agence est apparentée à tous les ministères, organismes et sociétés d'État du gouvernement du Canada. L'agence conclut des opérations avec ces entités dans le cours normal de ses activités et selon des modalités commerciales normales. De plus, au cours de l'exercice, l'agence reçoit gratuitement des services d'autres ministères, comme il est indiqué à la partie (a).

(a) Services fournis gratuitement :

Au cours de l'exercice, l'agence reçoit gratuitement des services d'autres ministères. Ces services gratuits ont été constatés comme suit dans l'état des résultats de l'agence :

(en dollars)	2007	2006
Installations	**7,800,000**	7,000,000
Cotisations de l'employeur au régime de soins de santé et au régime de soins dentaires	**11,547,800**	10,600,000
Services juridiques	**70,394**	0
	19,418,194	17,600,000

Le gouvernement a structuré certaines de ses activités administratives de manière à optimiser l'efficience et l'efficacité de sorte qu'un seul ministère mène sans frais certaines activités au nom de tous. Le coût de ces services, qui comprennent les services de paye et d'émission des chèques offerts par Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, ne sont pas inclus à titre de charge dans l'état des résultats de l'agence.

(b) Soldes des créditeurs et débiteurs à la fin de l'exercice entre apparentés :

(en dollars)	2007	2006
Débiteurs - Autres ministères et organismes	**6 667 560**	4 724 495
Créditeurs - Autres ministères et organismes	**6 555 838**	5 484 462

9. Chiffres correspondants

Les chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés afin de les rendre conformes à la présentation adoptée pour l'exercice en cours.

Tableau 11 : Réponse aux comités parlementaires, vérifications et évaluations

Réponse aux comités parlementaires
Le 18 septembre 2006, le Comité permanent de la santé a déposé un rapport intitulé *Un seul, c'est déjà trop : Demande d'un plan d'action global pour l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale*. Ce rapport formule quatre recommandations qui portent sur : 1) l'élaboration d'un plan d'action global pour l'ETCAF, doté d'un volet national et d'un volet fédéral; 2) l'examen des questions touchant l'exercice d'un leadership, la coordination et la mise en œuvre au regard d'un éventuel plan pour l'ETCAF; 3) l'amélioration de la cueillette de renseignements et de la communication de données sur l'incidence et la prévalence de l'ETCAF; 4) l'instauration d'un mécanisme d'évaluation et de présentation de rapports au Parlement concernant les activités liées à l'ETCAF. Pour de plus amples détails, consulter le site : http://cmte.parl.gc.ca/cmte/CommitteePublication.aspx?COM=10481&SourceId=169974&SwitchLanguage=1. Le 27 mars 2007, le Comité permanent de la santé (CPS) a déposé un rapport sur l'obésité chez les enfants, intitulé *Des enfants en santé : Une question de poids*. Qualifiant l'obésité juvénile « d'épidémie », le CPS demande au gouvernement fédéral de prendre des mesures immédiates pour freiner et renverser la progression à la hausse du nombre d'enfants qui présentent un excédent de poids ou qui souffrent d'obésité au Canada. Le rapport reconnaît que les déterminants sous-jacents de la santé ont une incidence sur les enfants et leurs parents ainsi que sur leur capacité de faire des choix sains. Le CPS somme tous les intervenants de collaborer à la prise de mesures globales, coordonnées et multisectorielles pour favoriser un poids santé chez les enfants, par la voie d'un meilleur accès à des choix sains en matière d'alimentation et à de l'activité physique de qualité. Tout au long du rapport, le CPS incite le gouvernement du Canada à collaborer avec les Premières nations et les Inuits pour prévenir l'obésité juvénile. Pour de plus amples détails, consulter le site : http://cmte.parl.gc.ca/cmte/CommitteePublication.aspx?COM=10481&SourceId=199309&SwitchLanguage=1.

Réponse au vérificateur général, notamment à la commissaire à l'environnement et au développement durable (CEDD)

L'Agence de la santé publique a été mentionnée dans l'un des chapitres du rapport Le point de mai 2006, publié par la vérificatrice générale du Canada, soit le chapitre 6 consacré à la gestion des subventions et des contributions votées. L'objectif de cette vérification était d'évaluer dans quelle mesure le gouvernement assurait, à l'échelle de l'administration fédérale, une gestion et un contrôle efficaces des dépenses publiques au titre des subventions et des contributions votées. En ce qui touche l'Agence, la vérification s'est penchée sur le Programme d'action communautaire pour les enfants. Dans l'ensemble, le ministère du Patrimoine canadien, le Conseil de recherches en sciences humaines et l'Agence ont tous répondu aux critères du Bureau de la vérificatrice générale (BVG), et leurs processus d'évaluation de l'admissibilité des demandeurs ont été jugés satisfaisants. Le BVG a conclu que l'Agence avait fait des progrès satisfaisants sur le plan de la surveillance.

L'un des chapitres du rapport *Le Point* de février 2007, publié par la vérificatrice générale du Canada, a mis en cause Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, soit le chapitre 1 portant sur les activités de publicité et de recherche sur l'opinion publique. La vérification a étudié un échantillon de campagnes publicitaires et d'activités de recherche sur l'opinion publique afin, d'une part, de déterminer si les ministères responsables géraient et contrôlaient correctement ces interventions et, d'autre part, d'évaluer l'efficacité des mesures correctives prises en réponse aux recommandations formulées dans une vérification antérieure (en 2003).

Le BVG a constaté que, dans tous les cas sauf un, les ministères avaient obtenu l'approbation requise du Cabinet avant de commencer la campagne. En ce qui concerne la campagne de l'Agence de la santé publique du Canada portant sur la pandémie de grippe, aucune décision n'avait été rendue au préalable par le Cabinet. L'Agence a expliqué qu'elle n'avait pas soumis de proposition au Bureau du Conseil privé, pour fins d'approbation, et qu'elle avait retenu les services d'une agence de publicité pour mettre au point une campagne qui ne serait lancée qu'en cas de pandémie. Le Comité sur la publicité gouvernementale en avait été informé et avait consigné cette façon de faire dans le compte rendu de ses délibérations. Vu la nature de la campagne, le BVG a accepté l'explication fournie par le ministère.

Une recommandation a été formulée : Avant de communiquer avec les entreprises spécialisées en recherche, les ministères devraient dûment informer Travaux publics et Services gouvernementaux Canada des activités de recherche sur l'opinion publique qu'ils prévoient mener. La direction de l'Agence a approuvé cette recommandation, et les processus ont été modifiés par s'assurer que l'Agence obtempère à cette exigence.

Vérifications externes (menées par la Commission de la fonction publique ou par le Commissariat aux langues officielles)

Aucune vérification externe n'a été menée par la Commission de la fonction publique ou par le Commissariat aux langues officielles en 2006-2007.

Vérifications internes

Bien que différents projets aient été entrepris, aucune vérification interne n'a été terminée en 2006-2007. L'Agence a doté le poste de dirigeant de la vérification en décembre 2006, et le dernier trimestre de l'exercice 2006-2007 a été essentiellement consacré à la mise en place de l'infrastructure de la toute nouvelle Division des services de vérification.

Évaluations

Les évaluations suivantes ont été terminées en 2005-2006 :

- Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques;
- Réseau canadien de la santé;
- Stratégie canadienne sur le diabète;
- Centres d'excellence pour le bien-être des enfants.

Évaluations terminées en 2006-2007 :

- Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C;
- Infostructure nationale de surveillance de la santé.

Les autres rapports d'évaluation en sont à l'étape suivante :

- Initiative pancanadienne sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale – évaluation prévue pour 2008-2009;
- Stratégie canadienne de lutte contre le cancer – il ne s'agit pas d'un programme de l'Agence, les programmes relatifs au cancer faisant partie de la Stratégie intégrée sur les modes de vie sains et les maladies chroniques;
- Initiative canadienne sur le cancer du sein/projet de renforcement des capacités communautaires – évaluation prévue pour 2008-2009;
- Encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) – évaluation terminée, le ministère directeur étant Santé Canada;
- Initiative pour la prévention des chutes – travaux terminés en 2004, l'Agence n'étant plus responsable du programme;
- Stratégie nationale d'immunisation – évaluation prévue pour 2007-2008.

(Remarque : Pour certains rapports, l'échéance a changé par rapport à celle prévue dans le Rapport sur les plans et les priorités 2006-2007.)

Tableau 12 : Stratégie de développement durable

Points	Commentaires du ministère
1. Quels sont les buts, objectifs et cibles à long terme de la Stratégie de développement durable ?	En 2006-2007, l'Agence participait encore à la Stratégie de développement durable 2004-2007 de Santé Canada. Santé Canada fera rapport sur ces buts et objectifs. Conformément à cette stratégie, l'Agence disposait d'une seule cible, qui a été atteinte en 2005-2006. Toujours en 2006-2007, dans le cadre de son processus de planification, et pour soutenir l'initiative du gouvernement fédéral en matière de développement durable, l'Agence a élaboré et déposé devant le Parlement deux stratégies de développement durable : l'une en août pour respecter ses obligations juridiques; l'autre en décembre pour proposer un plan plus robuste et assurer une coordination avec une trentaine d'autres ministères. Au moment de mettre au point sa Stratégie de développement durable, l'Agence a déterminé la meilleure marche à suivre pour poursuivre l'intégration, dans ses politiques et ses opérations, des principes et valeurs qui sous-tendent le développement durable. Les buts suivants ont été identifiés dans la Stratégie de développement durable : 1. incorporer les considérations liées au développement durable dans la planification et la mise en œuvre des activités de l'Agence; 2. assurer la conformité des activités de l'Agence avec les principes du développement durable; 3. développer les capacités pour la réalisation des buts 1 et 2.
2. Comment vos buts, objectifs et cibles à long terme aident-ils à atteindre les résultats stratégiques de votre ministère ?	En 2006-2007, l'examen du lien entre le développement durable et la santé publique a été une activité privilégiée. La Stratégie de développement durable 2007-2010 de l'Agence rappelle que le développement durable ne peut se produire sans une population en santé et que la santé de la population ne peut être maintenue en l'absence d'un environnement sain. En conséquence, la Stratégie de développement durable soutient l'atteinte du résultat stratégique de l'Agence pour 2006-2007 : « *une population plus en santé grâce à des mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures* ». Les objectifs suivants soutiennent l'atteinte des buts fixés dans la Stratégie de développement durable : 1.1 contribuer à l'établissement de collectivités viables et en santé; 1.2 améliorer l'état de santé des Canadiens en favorisant l'adoption d'approches de développement durable axées sur la prévention et la collaboration par les employés de l'Agence et ses partenaires; 2.1 utiliser le plus possible les processus d'approvisionnement écologique; 2.2 réduire le plus possible la production de déchets dangereux dans les installations occupées par l'Agence; 2.3 accroître l'efficacité des ressources utilisées pour exploiter les installations de l'Agence; 3.1 Accroître les connaissances, prendre des engagements et mener des activités visant à intégrer une démarche de développement durable à l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé; 3.2 Mettre au point et utiliser des outils visant à favoriser l'atteinte des buts 1 et 2; 3.3 Établir des systèmes de gestion et préciser les rôles, les responsabilités, les pouvoirs et les obligations redditionnelles nécessaires à la mise en œuvre de la Stratégie de développement durable.

Points	Commentaires du ministère
3. Quelles étaient vos cibles pour la période visée par le rapport ?	La cible pour la période visée par le rapport consistait à respecter l'obligation juridique de déposer une stratégie de développement durable dans les deux ans suivant la création de l'Agence de la santé publique du Canada. Cette cible a été atteinte le 16 août.
4. Quels progrès avez-vous réalisés à ce jour ?	En 2006-2007, la définition de cibles pour la toute première stratégie de développement durable de l'Agence constituait une activité privilégiée. Dans sa stratégie complète, l'Agence a formulé 23 cibles associées au développement durable pour la période de référence 2007-2010.
5. Quels rajustements avez-vous faits, le cas échéant ?	Pour mettre au point sa toute première stratégie, l'Agence a dû analyser les cibles antérieures fixées pour l'ancienne Direction générale de la santé de la population et la santé publique de même que les constats et attentes formulés par la commissaire à l'environnement et au développement durable. La deuxième stratégie de l'Agence a misé sur la première stratégie, proposant un ensemble plus complet de cibles et fournissant un cadre de gestion assorti d'indicateurs de rendement.

Tableau 13 : Approvisionnements et marchés

Les renseignements sur les approvisionnements et marchés sont disponibles à l'adresse : http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/estimF.asp.

Tableau 14 : Initiatives horizontales

L'Agence de la santé publique du Canada a participé aux initiatives horizontales suivantes :

1. l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada;
2. l'État de préparation en cas de grippe aviaire et pandémique.

De plus amples renseignements sur ces initiatives horizontales sont disponibles à l'adresse : http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/estimF.asp.

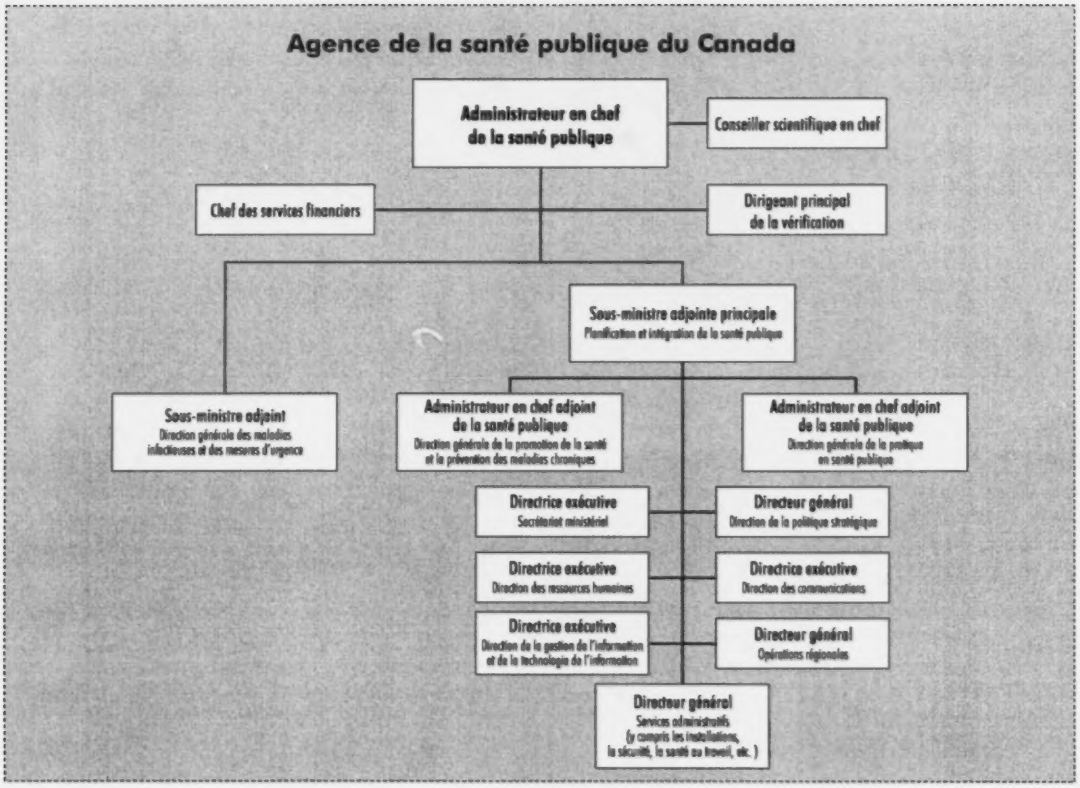
Tableau 15 : Politiques concernant les voyages

Les renseignements sur les politiques concernant les voyages de l'Agence sont disponibles à l'adresse : http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/estimF.asp.

Autres sujets d'intérêt

Section IV

Organigramme



Plan stratégique 2007-2012 : *Information, savoir, action*

En 2006-2007, l'Agence a élaboré un tout premier plan stratégique qui encadrera ses orientations au cours des cinq prochaines années. Le plan stratégique fixe les priorités à atteindre au niveau des politiques et des programmes. De plus, il définit les secteurs en fonction desquels l'Agence articulera ses efforts et ses ressources à l'appui de telles priorités. Munie d'orientations stratégiques et de priorités claires, l'Agence disposera d'un cadre de politiques pour s'assurer que ses plans d'activités annuels soient dûment intégrés, que ses ressources soient centrées en conséquence et que son travail tout entier repose sur une planification intégrée des ressources humaines de même que sur une structure de responsabilisation claire. En outre, le plan stratégique dote l'Agence des assises nécessaires pour procéder à l'examen critique de tous ses programmes et pour prendre des décisions en matière de rationalisation, de réaffectation, de réajustement et de réingénierie, par souci d'améliorer la gestion et d'assurer la prestation efficace des programmes.

Le plan stratégique de l'Agence énonce trois objectifs :

1. *Anticiper et combler les besoins sanitaires des Canadiens*

   À l'appui de cet objectif stratégique, l'Agence privilégiera un certain nombre de priorités qui façonnent sa capacité de réduire les inégalités en matière de santé et qui contribuent à renforcer les capacités en santé publique. L'atteinte de cet objectif dépendra de la capacité de l'Agence de réaliser efficacement son mandat, de maintenir sa crédibilité et d'améliorer sa réputation, déjà excellente. À cet égard, les priorités relatives aux politiques et aux programmes correspondent à des domaines dans lesquels l'Agence a résolument décidé de progresser au cours des cinq prochaines années, plus précisément en s'attaquant aux grands défis de santé publique, aux principaux déterminants de la santé, aux inégalités en matière de santé qui frappent les Autochtones, les enfants et les personnes âgées de même qu'aux lacunes touchant les capacités en santé publique.

2. *S'assurer que les interventions reçoivent l'appui de fonctions intégrées d'information et de savoir*

   L'Agence centrera ses programmes et ses activités de recherche afin d'appuyer l'atteinte des priorités établies conformément au premier objectif. La réussite de cette démarche dépendra de l'amélioration du lien entre les fonctions d'information et de savoir de l'Agence, d'une part, et les mesures qu'adopte cette dernière d'autre part.

3. *Poursuivre le développement des effectifs professionnels et dévoués de l'Agence en leur offrant les outils et le leadership nécessaires et en instaurant une culture favorable*

   Pour continuer de dispenser des programmes, des conseils et des activités de recherche de qualité en matière de santé publique, l'Agence doit veiller à ce que la structure et les ressources humaines reçoivent tout l'appui nécessaire en termes d'organisation, de gestion et de culture. L'objectif consiste à s'assurer que l'Agence soit en bonne posture et qu'elle dispose des moyens requis pour atteindre les deux objectifs précédents. Bref, il s'agit d'établir une gestion adéquate pour fournir des résultats conformes aux priorités.

En s'efforçant de réaliser ces objectifs, l'Agence tentera de susciter une participation encore plus grande de la part de ses nombreux partenaires, dont Santé Canada et les autres membres du portefeuille de la Santé, les autres ministères fédéraux, les provinces et les territoires, les différents intervenants ainsi que les organisations non gouvernementales. En travaillant de manière concertée à l'atteinte des priorités décrites dans le plan stratégique, l'Agence occupera une position privilégiée pour donner corps efficacement à la vision que partagent le ministère de la Santé et le gouvernement du Canada : des Canadiens et des collectivités en santé dans un monde plus sain.

Planification d'activités ministérielle

En 2006-2007, l'Agence a fait des progrès en ce qui touche son tout premier plan d'activités ministériel, initiative importante conçue pour faciliter la mise de l'avant du plan stratégique quinquennal. Les secteurs de programme et de soutien ont défini leurs objectifs, cerné les défis auxquels ils font face et formulé des stratégies en vue la mise au point d'un premier plan d'activités pour l'Agence. De plus, ils ont posé les jalons d'un processus annuel efficace de planification des activités.

Par ailleurs, une méthode de planification intégrée des ressources humaines et des activités a été élaborée afin d'aider l'Agence à combler les besoins courants et futurs de personnel, grâce à l'examen des effectifs en poste, à la prévision des obligations de travail et à la conduite d'une analyse d'écarts permettant d'évaluer la capacité de l'Agence de concrétiser ses plans et d'atteindre ses priorités. La démarche de planification a donné lieu à d'intenses analyses et réflexions stratégiques au sein des groupes organisationnels de l'Agence. La conception de la méthode de planification intégrée des ressources humaines et des activités a coïncidé avec l'examen organisationnel et la restructuration de l'Agence, qui mettait encore la dernière main à son plan stratégique quinquennal. La création d'un plan complet et cohérent de planification intégrée des ressources humaines et des activités pour l'Agence est prévue pour 2007-2008.

Gestion des ressources humaines

Pour soutenir l'efficacité des communications et des consultations patronales-syndicales, l'Agence a mis au point une structure qui, en fin d'exercice 2006-2007, comptait deux tribunes consacrées aux questions patronales-syndicales : le Comité national de consultation patronale-syndicale (CNCPS) et le Comité de consultation patronale-syndicale sur les ressources humaines (CCPSRH). Une fois créé, le CNCPS a convoqué une réunion en 2006-2007. De même, le CCPSRH a organisé une réunion portant sur différents sujets, laquelle a permis d'aborder et de faire avancer d'importants dossiers.

Des indices manifestes, recueillis à la suite de la création des deux comités, témoignent d'un changement de position de la direction à l'égard des consultations et des communications avec les agents négociateurs. Auparavant, les cadres se montraient circonspects à l'idée de consulter les agents négociateurs ou de les aviser de questions ayant une incidence sur leurs membres. Cependant, la mise sur pied des comités a amorcé un changement soutenu en faveur d'une transparence et d'une ouverture accrues à l'égard non seulement du dialogue avec les agents négociateurs, mais aussi du consentement à faire participer ces derniers à la prise de décision de même qu'à l'élaboration conjointe des politiques et des procédures.

L'Agence a réalisé d'importants progrès en ce qui touche la formation des gestionnaires au nouveau régime de dotation établi par la *Loi sur la modernisation de la fonction publique*, conformément à l'exigence de délégation des pouvoirs de dotation. À la suite de cette formation, les gestionnaires ont réagi avec ouverture d'esprit à l'idée de participer davantage au processus de nomination, d'exercer une plus grande responsabilité à l'égard des décisions de dotation ainsi que de recevoir une formation et de l'information sur les tendances et les approches nouvelles.

Toujours en rapport avec la dotation, on a procédé à l'examen de l'applicabilité et de l'efficacité des politiques ministérielles conçues pour régir la mise en œuvre de la nouvelle *Loi sur l'emploi dans la fonction publique* à l'Agence. Cet examen a mené à l'instauration d'une nouvelle politique sur les nominations intérimaires de même qu'à la modification des politiques existantes de dotation, en vue de maintenir une cohérence interne en ces matières.

En 2006-2007, au titre du renforcement de la capacité interne de l'Agence de réaliser son mandat, on a procédé à l'examen approfondi des services de ressources humaines dispensés par Santé Canada conformément au protocole d'entente conclu entre ce ministère et l'Agence. Il s'agissait du premier exercice du genre depuis la création de l'Agence de la santé publique du Canada, en septembre 2004. Portant sur les bureaux de la région de la capitale nationale, sur le pilier de Winnipeg et sur les bureaux régionaux de tout le Canada, l'examen avait pour but de s'assurer que les services offerts soient bien inspirés sur le plan des activités des deux parties dans le contexte du portefeuille de la Santé, et ce, tant sur le plan de l'efficacité que de la reddition de comptes et de l'efficience. L'examen a permis à l'Agence de franchir de nouvelles étapes en ce qui touche la mise en place d'une infrastructure propre lui permettant de dispenser des services de ressources humaines à l'interne. Ainsi, en fin d'exercice, elle avait pris l'entière charge de ses politiques de ressources humaines, de ses relations de travail et de la planification de ses ressources humaines — fonctions dont la gestion est désormais indépendante de Santé Canada.

Développement durable

La vérificatrice générale du Canada a demandé que les dossiers horizontaux soient mieux dirigés. Donnant suite au leadership exercé par le gouvernement fédéral, la première stratégie complète de développement durable de l'Agence formule des engagements qui sont centrés sur les buts, objectifs et lignes directrices du gouvernement fédéral en matière de développement durable. La Stratégie de développement durable 2007-2010 de l'Agence englobe les recommandations de la commissaire à l'environnement et au développement durable relatives à l'atteinte de progrès démontrés en matière de développement durable ainsi qu'à l'adoption d'une approche axée sur les résultats pour la gestion des initiatives de développement durable. De plus, la Stratégie favorise le concept d'horizontalité en démontrant l'intégration des considérations économiques, sociales et environnementales dans un cadre de santé publique. Dans sa Stratégie de développement durable, l'Agence s'engage à collaborer avec d'autres intervenants — notamment Santé Canada, l'initiative Transport actif de Transports Canada et les membres du Northern Antibiotic Resistance Partnership — de même qu'à coordonner son travail avec le leur.

La mise au point finale de la stratégie de développement durable a inspiré les activités de gestion du risque de l'Agence, car elle a permis de cerner des possibilités d'atténuation des risques par le biais des engagements en matière de développement durable.

Cadre de communication des risques

L'administrateur en chef de la santé publique a procédé au lancement du cadre de communication stratégique des risques, assorti d'un guide connexe. Cet outil nouveau et particulier est conçu pour aider l'Agence à faire de la communication stratégique des risques un élément d'une gestion concrète du risque.

Aux employés de l'Agence qui travaillent à la gestion et à la communication des risques, le cadre et le guide procurent un processus scientifique qui appuie la prise de décisions efficaces. Les outils et les méthodes qui y sont associés s'avèrent indispensables à la planification et à l'exercice d'une communication fructueuse des risques, cette dernière étant vue comme partie intégrante d'une fonction décisionnelle efficace qui englobe les intervenants et, en bout de ligne, le public canadien.

La mise au point du cadre et du guide s'est échelonnée sur trois ans. Un projet pilote a d'abord été mené avec succès à Santé Canada en 2005. Par la suite, le Conseil exécutif de l'Agence a approuvé le cadre et autorisé sa mise en œuvre à l'échelle de l'organisation.

En tant que groupe chargé de promouvoir l'adoption et la mise en œuvre de la communication des risques stratégiques à l'échelle de toute l'Agence, la Direction des communications a commencé à fournir une orientation et un appui quant à la manière d'appliquer le cadre. La formation en cette matière a débuté pour les employés des équipes de communications, de politiques et de programmes qui collaborent aux dossiers liés au risque. Des plans de mise en œuvre intégrale, par le biais de la formation des intéressés et de l'application du cadre, ont été établis en vue d'intégrer la communication des risques stratégiques à l'approche que prône l'Agence pour garantir l'efficacité de la prise de décision et des communications.

Centre d'excellence en évaluation et en conception de programmes

En 2006-2007, le Centre d'excellence en évaluation et en conception de programmes de l'Agence a constitué un comité consultatif de l'évaluation dont la présidence est assurée par l'administrateur en chef adjoint de la santé publique et qui compte cinq autres membres votants. Le dirigeant de la vérification y siège également, mais sans droit de vote. Les membres sont notamment chargés d'examiner des rapports d'évaluation, de les recommander à l'administrateur en chef de la santé publique (ACSP), d'examiner les réponses et les plans d'action de la direction et de les recommander à l'ACSP, de surveiller l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique d'évaluation pour l'Agence, de se pencher sur l'efficacité de la fonction d'évaluation à l'Agence ainsi que d'examiner le plan d'évaluation fondé sur le risque établi par l'Agence et de le recommander à l'ACSP. En 2006-2007, le comité a revu cinq rapports d'évaluation portant sur les programmes de l'Agence et les a recommandés à l'ACSP, pour présentation ultérieure au Secrétariat du Conseil du Trésor.

Par ailleurs, le Centre d'excellence en évaluation et en conception de programmes a entrepris un important travail en vue de la mise au point d'un plan quinquennal d'évaluation fondé sur le risque, conformément aux exigences du Secrétariat du Conseil du Trésor. Ce plan veillera notamment à ce que la prestation des programmes de l'Agence s'accompagne d'orientations et de conseils au meilleur niveau, compte tenu du calendrier des évaluations à venir et du niveau estimatif de risque associé à chaque programme.

Programme de perfectionnement des employés du groupe Économique et services de sciences sociales (ES)

La mise en œuvre du programme de perfectionnement des employés du groupe ES s'est poursuivie. Ce programme de recrutement et de perfectionnement professionnel cible les membres du personnel de l'Agence faisant partie du groupe ES. Une première campagne de recrutement externe a eu lieu, et les candidats qualifiés sont censés entreprendre leur affectation au courant du nouvel exercice.

Nouvelle architecture des activités de programme pour 2007-2008

En 2005-2006, l'Agence comptait un seul résultat stratégique et une seule activité de programme. Une architecture des activités de programme améliorée, devant entrer en vigueur en cours d'exercice 2007-2008, a été élaborée afin de refléter les responsabilités de l'Agence et d'établir des rapports plus détaillés sur les réalisations et sur l'utilisation des ressources. Les plans de mise au point des autres éléments de la Structure de gestion, des ressources et des résultats de l'Agence ont été révisés, de sorte que le calendrier s'inscrive dans la démarche en cours à l'échelle de l'administration fédérale, laquelle devrait être menée à terme en 2007-2008.

TABLEAU DE CONCORDANCE		
	2006-2007	2007-2008
Résultat stratégique	Une population plus en santé grâce à des mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures	Des Canadiens en meilleure santé et un renforcement des capacités en santé publique
Activités de programme	Santé de la population et santé publique	Promotion de la santé Prévention et contrôle des maladies Mesures et interventions d'urgence Renforcement des capacités en santé publique Services internes

Activités de programme pour 2007-2008	Descriptions des activités de programme
Promotion de la santé	Avec le concours de ses partenaires, l'Agence de la santé publique du Canada appuie des mesures efficaces de promotion de modes de vie sains et traite des principaux déterminants de la santé et des facteurs de risques majeurs des maladies chroniques, et ce, en contribuant au développement des connaissances, en favorisant la collaboration et en améliorant l'échange d'information entre les secteurs et les administrations.
Prévention et contrôle des maladies	Avec le concours de ses partenaires, l'Agence dirige les efforts du gouvernement fédéral et met en œuvre des initiatives pancanadiennes visant à protéger la santé publique à l'échelle nationale et internationale. Au nombre de ces initiatives figurent les suivantes : ■ exercer une surveillance, mener des enquêtes et présenter des rapports sur les maladies, les blessures, les risques pour la santé et l'état général de la santé publique au Canada et à l'échelle internationale; ■ appuyer le développement des connaissances, la collaboration intersectorielle et internationale ainsi que l'élaboration de politiques et de programmes visant la prévention, le contrôle et l'atténuation de l'incidence des maladies et des blessures.
Mesures et interventions d'urgence	L'Agence de la santé publique du Canada agit comme un pivot en matière de prévention, de préparation, d'intervention et de rétablissement de la situation dans un contexte de risques et de complications sanitaires provoqués par les catastrophes naturelles ou d'origine humaine. L'Agence applique les dispositions législatives et réglementaires de la *Loi sur la mise en quarantaine* et collabore avec ses partenaires internationaux pour repérer les éclosions de maladies émergentes partout dans le monde. Exerçant un leadership en ce qui touche l'identification des menaces nouvelles pour la santé et la sécurité des Canadiens ainsi que les mesures d'intervention par la surveillance, l'analyse et la gestion des risques, l'Agence travaille de concert avec Santé Canada, d'autres ministères fédéraux, les provinces et territoires, les organisations internationales et le secteur bénévole et communautaire pour identifier, développer et mettre en œuvre les priorités associées à une bonne préparation. L'Agence de la santé publique du Canada gère et appuie le développement des plans d'urgence en matière de santé pour les catastrophes naturelles et d'origine humaine, y compris le plan national d'intervention en cas de grippe. L'Agence s'affaire activement à développer et à parrainer des programmes de formation en préparation aux situations d'urgence et coordonne les efforts antiterroristes pour intervenir en cas d'accidents ou d'activités terroristes impliquant des substances dangereuses. Chef de file en matière de biosécurité, l'Agence est prête à fournir des services sociaux et de santé en cas d'urgence et gère la Réserve nationale de secours contenant du matériel allant de trousses pour traumatismes jusqu'à des hôpitaux d'urgence de 200 lits.

Activités de programme pour 2007-2008	Descriptions des activités de programme
Renforcement des capacités en santé publique	En concertation avec ses partenaires nationaux et internationaux, l'Agence développe et fournit des outils, des applications, des pratiques, des programmes et une vision qui appuient et renforcent les capacités des praticiens de première ligne de la santé publique partout au Canada. L'Agence facilite et appuie la création de réseaux avec les provinces, les territoires et les autres partenaires et intervenants pour atteindre les objectifs en matière de santé publique. Le travail de l'Agence améliore les pratiques de santé publique, accroît la capacité des ressources humaines au sein des administrations, contribue au développement des connaissances et des systèmes d'information et appuie un système législatif et de politique en matière de santé publique qui évolue au rythme des attentes et des besoins changeants de la population.

Abréviations utilisées dans le présent rapport

Abréviation	Signification
ACDI	Agence canadienne de développement international
ACRCS	Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer du sein
ACSP	Administrateur en chef de la santé publique
APEC	Forum de coopération économique Asie-Pacifique
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
C. difficile	Clostridium difficile
CAREID	Canada-Asia Regional Emerging Infectious Diseases (projet)
CARMEN	Conjunto do Acciones para la Reduccion Multifactorial de las Enfermedades No Tranmisibles (initiative de l'OPS)
CCES	Consortium conjoint pour les écoles en santé
CCNI	Comité consultatif national de l'immunisation
CICPE	Crédit d'impôt pour la condition physique des enfants
CLSE	Comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire
CMIU	Centre de mesures et d'interventions d'urgence (sous-unité de l'Agence)
CNC	Centre national de collaboration
COU	Centre d'opérations d'urgence
CPCMC	Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques (sous-unité de l'Agence)
CPCMI	Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses
CPS	Centre pour la promotion de la santé (sous-unité de l'Agence)
DGMIMU	Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence (sous-unité de l'Agence)
DGPSPOR	Direction générale de la pratique en santé publique et des opérations régionales (sous-unité de l'Agence en 2006 2007)
DSPTR	Division des services de paiement de transfert et de la responsabilisation (sous-unité de l'Agence)
DSS	Déterminants sociaux de la santé
EISU	Équipe d'intervention sanitaire d'urgence
ETCAF	Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale
EURO	Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
GCSP	Générateur de cartes en santé publique
GECMT	Groupe d'experts en contrôle des maladies transmissibles

Abréviation	Signification
GMVS	Groupe des modes de vie sains
GRC	Groupe de référence canadien
ICCS	Initiative canadienne sur le cancer du sein
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
ICRCPMV	Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie
ITS	Infection transmise sexuellement
LLZOA	Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire (sous-unité de l'Agence)
LNM	Laboratoire national de microbiologie (sous-unité de l'Agence)
MNT	Maladie non transmissible
OBNS	Organisme bénévole national de santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OPS	Organisation panaméricaine de la santé (bureaux régionaux de l'OMS pour les Amériques)
PAPACUN	Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques
PCAP	Programme de contributions à l'activité physique
PCCC	Partenariat canadien contre le cancer
PCSIN	Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales
PICRA	Programme intégré canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens
PNIPMNT	Programme national intégré de prévention des maladies non transmissibles
PNSME	Programme national de surveillance des maladies entériques
RCS	Réseau canadien de la santé
RMISP	Réseau mondial d'information en santé publique
RNA	Réserve nationale d'antiviraux
RNS	Réserve nationale de secours
RPSP	Réseau pancanadien de santé publique
SCD	Stratégie canadienne sur le diabète
SCHIRPT	Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes
SCLC	Stratégie canadienne de lutte contre le cancer
SCT	Secrétariat du Conseil du Trésor

Abréviation	Signification
SISPi	Système d'information en santé publique intégré
SNSD	Système national de surveillance du diabète
SPC	Sécurité publique Canada
SPVP	Secrétariat des préparatifs en vue d'une pandémie (sous-unité de l'Agence)
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
VNO	Virus du Nil occidental
VPH	Virus du papillome humain